
الإعلام الصحى وتطبيقاته
فى المجالات الطبية
الدكتور
رؤوف سالم أحمد حسين

الإعلام الصحى

وتطبيقاته فى المجالات الطبية

الدكتور

رؤوف سالم أحمد حسين

دكتوراه جامعة القاهرة - كلية الإعلام

دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع

دار الجديد للنشر والتوزيع

301.16

ح. ر

رؤوف سالم أحمد حسين

الإعلام الصحي وتطبيقاته في المجالات الطبية / رؤوف سالم أحمد حسين

.- ط1.- دسوق: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، دار الجديد للنشر والتوزيع .

236ص ؛ 17.5 × 24.5سم .

تدمك : 9 - 629 - 308 - 977 - 978

1. وسائل الإعلام والصحة . 2.وسائل الإعلام والطب.

أ -العنوان .

رقم الإيداع :28028.

الناشر : دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع

دسوق - شارع الشركات- ميدان المحطة – بجوار البنك الأهلي المركز

& elelm_aleman@yahoo.com

E-mail: elelm_aleman2016@hotmail.com

الناشر : دار الجديد للنشر والتوزيع

تجزءة عزوز عبد الله رقم 71 زرالدة الجزائر

E-mail: dar_eldjadid@hotmail.com

2018

الفهـــــرس

قائمة الموضوعات

الفصل الرابع

دور التلفزيون في التوعية الصحية

الفصل الخامس

الهاتف الجوال والصحة

الفصل السادس

التغيير التنظيمي وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية

المقدمة

إن التوعية الصحية هى مجموع الأنشطة التواصلية والإعلامية التحسيسية والتربوية الهادفة إلى خلق وعي صحي؛ بإطلاع الناس على واقع الصحة، وتحذيرهم من مخاطر الأوبئة والأمراض المحدقة بالإنسان من أجل تربية فئات المجتمع على القيم الصحية، والوقائية المنبثقة من عقيدة المجتمع ومن ثقافته .كما أن علاقة التوعية الصحية بالإعلام من موضوعات الإعلام الصحي والوقائي التى تتفق أهدافهما على خلق وعي صحي ووقائي عام بتقديم الإحصاءات والمعلومات والتدريب على السلوك الوقائي للتحذير من الأوبئة والسلوكات المنحرفة و المدمرة للصحة حيث أن مستويات علاقة الإعلام بالمؤسسات الصحية تتعلق بمستوى وظيفي ومستوى تعاوني من جانب المؤسسات الصحية والإعلام الذى تبني المؤسسات الصحية لمخططات إعلامية وتواصلية، تنفتح من خلالها على المجتمع ، ضماناً لحقه في المعرفة ولنشر القيم الصحية بين أفراده.

الفصل الأول
الإعـلام الصحـي ومستويات التخصص

يواكب التخصص المستوى الحضاري العام للمجتمع. وتعكسُ درجةُ التخصص في مجال معين من حياة المجتمع، درجةَ التطور الحاصل في هذا المجال. وهذا ما يفسر حقيقة تفاوت مستويات التخصص من مجتمع إلى آخر، وتفاوت درجات التخصص من مجال إلى آخر داخل المجتمع الواحد.

لا يشكلُ الإعلامُ، بوصفه حقلاً معرفياً متميزاً، استثناءً في هذا الصدد، بل استطاع، وبشكل لافت، أن يكون واحداً من أكثر الحقول المعرفية استجابة لمجمل التطورات الحاصلة في المجتمع.

ظهر الإعلام الجماهيري حين عجزت وسائل الاتصال السابقة ونماذجه عن الاستجابة للتطورات التي شهدتها المجتمعات في مرحلة معينة من تطورها، وعن إشباع الحاجات الإعلامية للشرائح الاجتماعية المختلفة الناجمة عن هذه التطورات. وظهر الإعلام المتخصص حين عجز الإعلام العام عن الاستجابة المناسبة لمستويات جديدة، نوعياً وكمياً، من التطور الحاصل، وعن إشباع الحاجات الإعلامية المتزايدة، نوعياً وكمياً، للشرائح المختلفة من المجتمعات المتطورة.

كان المجال الصحي واحداً من المجالات الحاضرة في حياة المجتمع، وكانت درجة هذا الحضور تعكس مستوى التقدم في هذا المجتمع. وكان التركيز ينصب أساساً على المجالات السياسية والاقتصادية-الاجتماعية والدينية. وكانت درجة اهتمام الإعلام بالمجال الصحي تعكس هذا الوضع.

أحدثت الثورات(الفكرية،الدينية،العلمية،الصناعية،الثقافية)،التي عرفتها المجتمعات المتطورة منذ قرنين أو ثلاثة قرون، تحولات بنيوية، شملت مناحي الحياة كافة. وفي هذا السياق أخذ المجال الصحي يستفيد من منجزات جميع الحقول المعرفية، وأخذ يحقق تحولات جذرية، نوعية وكمية، جعلته يتحول إلى حياة كاملة، تعكس التحولات التي شهدتها المجالات الأخرى كافة.

وكان الإعلام، بصفته، بمنظورٍ ما، عملية تفاعلية مع الواقع الموضوعي، يواكب هذا التطور الحاصل في المجال الصحي. ازدادَ حضورُ المواد الصحية في الإعلام، وتطورت هذه المواد نوعاً وكماً، وتطور الجمهور المعني بها، وتطورت أشكال تقديمها. وفي مرحلة لاحقة من تطور المجال الصحي، وتحوله إلى حياة كاملة مليئة بالأحداث، والظواهر، والتطورات، والأزمات، برزت مسألة الصحة بصفتها إحدى المسائل الحاسمة بالنسبة للمجالات الاقتصادية والاجتماعية والتنموية.

لم يعد الإعلام العام (بأساليب معالجته، وطرق تقديمه، وأنماط تحريره...الخ) قادراً على أن يستجيب للتحديات التي يمثلها هذا الواقع الصحي الجديد. وبدأ مجال إعلامي جديد، يتحسس وجوده، ويبحث عن اسم، وعن هوية. ويستكمل متطلبات الاعتراف به. وهكذا ظهر الإعلام الصحي، بصفته مجالاً إعلامياً متخصصاً ومتميزاً، وتم الاعتراف به أكاديمياً منذ أربعين عاماً.

شهد العقدان الماضيان قدراً من الاهتمام البحثي في مجال الإعلام الصحي في الدول العربية. فقد اهتمت العديد من وزارات الصحة في أكثر من دولة عربية في إجراء البحوث الإعلامية الصحية، كما كان الإعلام الصحي موضوعاً للعديد من الرسائل العلمية على مستوى الماجستير والدكتوراه في الكثير من كليات الإعلام العربية. ولكن معظم هذه البحوث والدراسات، وبالرغم من أهميتها، تركزت على الجانب الوظيفي للإعلام الصحي، وخاصة الوظائف التي يقوم بها هذا الإعلام في مجال نشر الوعي الصحي، وتحقيق

التوعية الصحية، وترسيخ الثقافة الصحية. ولم تتعرض هذه البحوث للجوانب الإعلامية -المهنية-الأكاديمية للإعلام الصحي، وذلك نظراً لأن هذه البحوث كانت مَعْنية،أساساً، بالصحة وليس بالإعلام.

وهذا ما يجعل إسهامها في تطوير الإعلام الصحي، بصفته حقلاً معرفياً متميزاً، محدوداً. ما يميز هذه الدراسة هو أنها مَعنية،أساساً، بالجانب الأكاديمي- الإعلامي- المهني الصرف للإعلام الصحي.

مشكلة الدراسة:

لم يكن الاعتراف الأكاديمي بالإعلام الصحي سوى بداية الطريق الطويل الذي يستلزمُ عبوره تركيزَ الجهودِ البحثية لاستكمال المتطلبات النظرية لترسيخ هذا المفهوم، وإغنائه . وتُعد مسألة تأصيل المفهوم قضية أساسية وجوهرية لتوضيح ماهيته، وتحديد مضامينه، خاصة وأن أحد أهم سمات عصرنا تتمثل في عدم الخلاف على المفاهيم، بل أصبح الخلاف يتركز ويحتدم على المضامين التي تُعطى لهذه المفاهيم. وذلك نظراً لأن المفهوم الواضح والمحدد هو الذي يشكِّل الأساس الصلب الذي تقف عليه الممارسة، وتنطلق. ولذلك نرى أن الممارسة الإعلامية في المجال الصحي لن تستطيع التخلص من سلبياتها ما لم تستند على أساس نظري، يمثله التأصيل العلمي لمفهوم الإعلام الصحي. وهذا ما تحاول هذه الدراسة الإسهام في تحقيقه.

في ضوء ذلك تتحدد مشكلة هذه الدراسة في تأصيل مفهوم الإعلام الصحي، من خلال الإجابة عن الأسئلة البحثية التالية: ما السياق العام الذي نشأ فيه الإعلام المتخصص وتطور، وما هي مقومات الإعلام المتخصص. وما السياق العام لنشوء الإعلام الصحي وتطوره، وما هي مقومات الإعلام الصحي ، وهل تستجيب الممارسة الصحفية العربية لمتطلبات الإعلام الصحي المتخصص؟

أهداف الدراسة:

تحقق الدراسة الأهداف التالية:

معرفة السياق العام الذي نشأ فيه الإعلام المتخصص وتطور، ومعرفة مقوماته.

معرفة السياق العام الذي نشأ فيه الإعلام الصحي وتطور، ومعرفة مقوماته، وكيفية انعكاس هذه المقومات على التحرير الإعلامي الصحي.

معرفة طبيعة التغطية الصحفية العربية في مجال الإعلام الصحي ومدى استجابتها لمتطلبات الإعلام الصحي المتخصص وشروطه.

تساؤلات الدراسة:

تجيب الدراسة عن الأسئلة البحثية الثلاثة التالية:

ما السياق العام الذي نشأ فيه الإعلام المتخصص وتطور، وما هي مقومات الإعلام المتخصص ومقوماته؟

ما السياق العام الذي نشأ فيه الإعلام الصحي، وما هي مقومات الإعلام الصحي ، وكيف انعكست هذه المقومات على التحرير الإعلامي الصحي؟

ما طبيعة التغطية الصحفية العربية في مجال الإعلام الصحي، وهل تستجيب لمتطلبات الإعلام الصحي المتخصص ومقوماته؟

أهمية الدراسة:

الأهمية العلمية: تهدف الدراسة الإسهام في تأصيل مفهوم الإعلام الصحي من خلال الدراسة العلمية المنهجية للسياق الذي نشأ فيه وتطور، وتحليل مقومات هذا المجال الإعلامي المتميز، والتعرف على انعكاس هذه المقومات على التحرير الصحفي في المجال الصحي.

تشكل النتائج التي تتوصل إليها الدراسة إضافة نظرية تسهم في استكمال الإعلام الصحي لمستلزماته النظرية.

الأهمية التطبيقية: تسهم المقاربة النقدية للتغطية الصحفية العربيةفي مجال الإعلام الصحي في تصويب هذه التغطية، وتكريس إيجابياتها، والتخلص من سلبياتها، الأمر الذي يُسهم في رفع مستوى الممارسة.

الإطار المنهجي:

تستخدم الدراسة منهج البحوث النوعية(الكيفية Qualitative) الأكثرمقدرة على سبر أغوار المشكلات والوصول إلى جذورها والحصول على المعلومات التي يتعذر الحصول عليها من خلال الطرق الكمية. وتُستخدم هذه البحوث لزيادة فهمنا لأي ظاهرة أو مشكلة من أجل للحصول على آراء مختلفة عن ظواهر نعرف عنها الكثير، أو للحصول على معلومات معمقة من الصعب التعبير عنها بطريقة إحصائية. البحث النوعي نوع من البحث العلمي يتضمن استقصاء، وقراءة معمقة، وتحليلاً، للنصوص، والوثائق، والمعطيات، وحتى للتجربة والممارسة.

(Denzin,N.K. 2000,)

ويسعى البحث النوعي للحصول على أجوبة عن أسئلة بحثية، ويجمع أدلة، ويتوصل إلى نتائج لم تكن محددة سلفاً، كما يتوصل إلى نتائج قابلة للتطبيق. التحليل الشائع للبيانات النوعية هو انطباع المراقب، بمعنى أن المراقب الخبير يراقب البيانات- المعطيات ويفسرها. ويُستخدم البحث النوعي، بشكل فعال، للحصول على معارف جديدة من خلال القراءة المعمقة للظواهر الجديدة. وتكمن قوته في قدرته على تقديم مجموعة من النصوص الإيضاحية حول كيفية معايشة الناس لمشكلة البحث. وتفترض البحوث النوعية وجود حقائق اجتماعية موضوعية منفردة ومعزولة عن مشاعر البشر ومعتقداتهم (Patton,M.2002,)

البحث النوعي عملية استكشافية مفتوحة لا منغلقة، والسؤال المطروح في البحث النوعي سؤال مفتوح النهاية ويهتم بالعملية والمعنى أكثر من اهتمامه بالسبب والنتيجة. وهذا ما يفسر اختلاف البحوث النوعية عن البحوث الكمية في أهداف التحليل، ونوعية الأسئلة المطروحة، ونوعية البيانات المستخدمة، وشكل البيانات المنتجة، ودرجة المرونة المستخدمة في بناء الدراسة(عرابي،2002).

أولاً: مناقشة السؤال البحث الأول:

ما السياق العام الذي نشأ فيه الإعلام المتخصص وتطور، وما هي مقومات الإعلام المتخصص ومقوماته؟

ما السياق العام الذي نشأ فيه الإعلام المتخصص وتطور؟

يُشَكِّلُ الإعلام المتخصِّص ظاهرة ذات طابع تاريخي-اجتماعي. ويُعَد ظهوره وتطوره عملية معقدة وممتدة، حصلت في التاريخ والمجتمع. وبالتالي، فإن مقاربتها منهجياً تقتضي تحليل هذه الظاهرة إلى عناصرها المكونة، ودراستها في السياق الذي أنتجها، ودراسة علاقتها بالظواهر الأخرى. في ضوء ما تقدَّم، يمكن تحديد العناصر المكوِّنة لظاهرة نشوء الإعلام المتخصِّص وتطوره على النحو التالي (خضور،2003):

يأتي الإعلام المتخصِّص تعبيراً عن التقسيم الاجتماعي للعمل، وانعكاساً له. يرتبط التقسيم الاجتماعي للعمل موضوعياً بمستوى التطور الحضاري العام للمجتمع، وتطور قوى الإنتاج وعلاقاته، وانعكاس ذلك كله في الحياة المادية والروحية للمجتمع.

اتساع مجالات اهتمام الإعلام لتغطي مختلف جوانب الحياة، ولم يَعُدْ الإعلام العام،بالتالي، وبالرغم من مقدرته على التكيُّف وسعيه لتنويع موضوعاته، قادراً على مواجهة هذا التحدي الجديد.

اتساع الإطار الجغرافي الذي تشمله التغطية الإعلامية بفضل التطور التكنولوجي وتطبيقاته في مجال الإعلام، لتشمل العالم كله.

أصبحت الأحداث والظواهر والتطورات أكثر تعقيداً وتنوعاً وتشابكاً، وذلك بفعل عوامل ذاتية وموضوعية مختلفة،. ولم يَعُدْ بوسع الإعلام العام تقديم المعالجة المطلوبة لها، ووفق المستوى المطلوب.

انتشار التعليم واتساع مجالاته بشكل غير مسبوق. وإذا كان ظهور الصحافة العامة قد ارتبط تاريخياً بظهور الطبقة الوسطى، التي أوجدتها الثورة البورجوازية، وخاصة بعد إنجازها الثورة الصناعية، فإن ظهور الإعلام المتخصِّص وتطوره، يمثِّلُ تاريخياً، بمنظور ما، اتساع الطبقة الوسطى، وانتشار التعليم في أوساطها، وتنوع اهتمامات ومستويات واختصاصات

وربما مصالح الشرائح المختلفة لهذه الطبقة المتزايدة الأهمية.الآثار الثقافية التي ترتبت على انتشار التعليم إلى الدرجة التي أصبح فيها الإعلام العام عاجزاً عن الاستجابة الفاعلة لانتشار الثقافة في المجالات كافة، وفي أوساط مختلف الشرائح الاجتماعية. ازدياد الحاجات الإعلامية للشرائح المتعلمة والمثقَّفة المتعددة والمختلفة، وتَعَثُّر خطوات الإعلام العام في تقديم مادة قادرة على إشباع هذه الحاجات بالشكل المطلوب.

تطوُّر المعطيات في مجالات ونشاطات معرفية ومجتمعية وعلمية، وغناها، وتحوُّلها إلى حياة كاملة، أمرٌ جعلَ الإعلام العام يرتبك في تقديم المعالجة الإعلامية المناسبة لها

سعي القوى التي تمتلك الإعلام وتوجهه إلى تحقيق تأثير أشمل وأعمق في الواقع الاجتماعي عن طريق الوصول الفاعل والمؤثر إلى جميع الفئات الاجتماعية، وذلك بعد أن أثبتت البحوث تعاظم الأهمية الاجتماعية-الاقتصادية للإعلام.

يأتي الإعلام المتخصِّص استجابة لظاهرة الاستقطاب في الحياة الإعلامية المحلية والعالمية. إذ تؤكد العديد من الدراسات أن عملية استقطاب تتم بشكلٍ عميق ومتسارع، ويصبح بموجبها الإعلام الجِدي أكثر جِديةً، والإعلام الخفيف والمثير والجذَّاب أكثر خِفةً وإثارةً وجاذبيةً.

ما مقوِّمات الإعلام المتخصِّص؟

يمتلك الإعلام المتخصِّص مقوِّمات معينة، مَكَّنته من احتلال موضع متميِّز، وحَيِّز خاص على الخريطة الإعلامية. وهذه المقوِّمات هي (خضور،2003):

المجال المتميِّز:

تشكِّل الحياة المجتمعية مُركَّباً واحداً، يتألف من مجالات متعدِّدة ومختلفة. وتأخذ الحياة المجتمعية خصائصها المميَّزة من مجمل الخصائص المميَّزة لمجالاتها المختلفة. ويأخذ كل مجال من هذه المجالات خصوصيته من اعتبارات متعدِّدة أبرزها:

طبيعة ونوعية القوانين العاملة والمنظِّمة للحياة في هذا المجال،وطبيعة ونوعية القوى الفاعلة والمحرِّكة للحياة في هذا المجال،ودرجة التطور المتحقِّق في هذا المجال،ووزن هذا المجال وثِقَلِه في حياة الفرد والمجتمع،ونوعية الشخصيات الفاعلة في هذا المجال،وآلية اتخاذ القرار وصنعه في هذا المجال،ونظرة المجتمع وتقييمه لهذا المجال،وحجم الشرائح الاجتماعية التي يضمها هذا المجال أو يَعْنيها،ونوعية الحاجات وطبيعتها التي يسعى هذا المجال إلى إشباعها.

إن مجمل هذه الاعتبارات، ومدى تواجدها، بشكل ملموس وعياني، هو الذي يحدِّد الطبيعة الخاصة بكل مجال من مجالات الحياة المجتمعية. وهذا يفرض ضرورة الدراسة الواعية والمنهجية للتعرُّف على خصوصية كل مجال، وهذا ما سنفعله لاحقاً بالنسبة للمجال الصحي.

إن الاعتبارات الخاصة بكل مجال ، والتي تحدِّد شخصيته، وتشكِّلُ أسسَ خصوصيته وتميُّزه، هي التي تحدِّد أسس المقاربة الإعلامية لهذا المجال. هذه المقاربة التي تتضمن:

تحديد الإستراتيجية الإعلامية المناسبة، وتحديد السياسات والخطط والبرامج الإعلامية المناسبة، وتحديد حجم المنظومة الإعلامية المطلوبة ونوعها ومستواها،وتحديد نوعية الكادر الإعلامي المطلوب وطبيعته، وتحديد نوعية المادة الإعلامية، وطرق جمعها، ومستويات معالجتها، وأساليب عرضها وتقديمها، وكذلك تحديد الجمهور المستهدَف والمطلوب الوصول إليه والتأثير فيه، وتحديد آليات الإقناع ونظريات التأثير المناسبة.

الموضوع المتميِّز

تفرض خصوصية المجال وتميُّزه خصوصية الموضوع وتميُّزه أيضاً. والمقصود بالموضوع هنا المادة، أو القصة، أو المسألة، أو الأمر، أو الشأن، القائم والمتواجد في مجال معين. يأخذ الموضوع نَسْغَ حياته ووجوده من السياق العام الذي يوجد فيه، أي من المجال الذي يقع فيه.إن الخصائص المميَّزة لمجال معيَّن هي العامل الحاسم والمحدِّد لخصائص الموضوع في هذا المجال. ويمكن تحديد أهم مقوِّمات الموضوع المتميِّز على النحو التالي:

طبيعة الموضوع: مادية أو نفسية ومعنوية وروحية، ملموسة أو مجرَّدة، ذاتية أو موضوعية، عامة أو خاصة، تهم جمهوراً واسعاً أو جماعة ضيقة، جمهورها عادي أو نوعي ؟

- مادة الموضوع: هل هي الوقائع والمعلومات والحقائق أو الآراء والعواطف والانفعالات ووجهات النظر ؟

- مصادر الموضوع: جهات رسمية أو أهلية، أفراد أو مؤسسات، داخلية أو خارجية؟

- المعايير المستخدمة لتحديد الموضوع المناسب: ذاتية أو موضوعية، درجة الأهمية، أو درجة النضوج، حجم الاهتمام، أو الضخامة والتأثير والنتائج المتوقعة ؟

- الهدف الخاص المتوخى تحقيقه من جرَّاء معالجة الموضوع.

-الجمهور المستهدَف الوصول إليه والتأثير عليه من خلال معالجة هذا الموضوع ونشره. ومواقف هذا الجمهور واتجاهاته إزاء هذا الموضوع، ودرجة معرفته به.

- طرق المعالجة المستخدمة والمناسبة لطبيعة الموضوع والوسيلة والجمهور والهدف.

- أساليب التقديم المستخدمة والمناسبة.

- نوع الاتصال المستخدَم لمعالجة الموضوع (شخصي، جمعي، مؤسسي، جماهيري).

- نوع الوسيلة الاتصالية المستخدمة (صحيفة محلية، أم مركزية، مجلة، إذاعة، تلفزيون).

- النوع الصحفي المناسب لمعالجة هذا الموضوع (خبر، تقرير، تعليق، تحقيق، مقال، حديث).

الحدث المتميِّز

يأخذ الحدث سماته من السياق العام الذي أنتجه، أي من المجال الخاص به، ومن الموضوع العام والعريض الذي يقع ضمن إطاره.

يمتلك الحَدَث صفات عامة بغض النظر عن المجال الذي يجري فيه. وأهم هذه الصفات: يعكس الحدث التغيير الحاصل في سياق عام مستمر. يمثِّلُ الحدث لحظة أو نقطة من هذا السياق. كما أن مادة الحدث هي الجزئي والتفصيلي والمحدود. لا مكان في الحدث للعام والمجرَّد والمطلق، وأن طبيعة الحدث هي الآنية والراهنية. الحدث هو تاريخ اللحظة،

والحياة القصيرة للحدث. الحدث لحظي ومؤقت. يولد الحدث عملاقاً. ولكنه، كالشُهُب، يبهر نوره الأبصار، ولكن للحظة واحدة. ثم ينتهي كل شيء. ليبدأ حدث جديد.

ولكن تتفاوت قوة حضور هذه الصفات العامة للحدث من مجال إلى آخر. وتتمثَّل أوجه التفاوت هذه في: إيقاع التغيير المتفاوت من مجال إلى آخر، ونسبية مفهوم الجزئي والتفصيلي،واختلاف درجة الآنية، وتفاوت غزارة الأحداث وتدفقها.المعالجة الإعلامية المتخصِّصة للحدث: تفرض صفات الحدث المتميِّز وخصائصه وعناصر مرجعيته منهجية إعلامية معينة لدى مقاربته.

وبقدر كبير من الإيجاز يمكن تحديد أبرز عناصر هذه المنهجية على النحو التالي:

تحديد القيمة أو منظومة القيّم المُعْتَمَدة في عملية تقييم الحدث وفهمه ومعالجته إعلامياً.

الوقائع والمعلومات: تستدعي التغطية المنهجية الناجحة ضرورة استخدام الوقائع المهمة، وذات الدلالة، والتي تُشَكِّلُ انعطافات مهمة في تطور الحدث، وكذلك التي تُسْهِمُ في تشكيل الأساس المعرفي للمتلقي إزاء الحدث، وتساعده، بالتالي، على وعي الحدث وفهمه.

ترتيب العناصر الإخبارية وفق تسلسل أهميتها.

معالجة الحدث إعلامياً بما يخدم ويصب في المجرى التفاعلي للمتلقي.

اختيار النوع الاتصالي المناسب: الشخصي، الجمعي، المؤسسي، الجماهيري.

اختيار الوسيلة الاتصالية المناسبة: صحيفة مركزية، أو محلية،أو مجلة أسبوعية، أو إذاعة، أو تلفزيون، أو موقع على الإنترنت).

المصادر المتميزة:

تؤدي المصادر دوراً بالغ الأهمية في التغطية الإعلامية. وبالرغم من وحدة المصادر في المجالات المختلفة، فإن طبيعة المصادر ونوعيتها، وأساليب التعامل معها، تختلف من

مجال إلى آخر. وترتبط نوعية المصادر التي تعتمد عليها التغطية الإعلامية بنوعية هذه التغطية، ومستواها، وأساليب المعالجة الإعلامية التي تستخدمها في تغطية الأحداث والظواهر والتطورات. ومن أهم المصادر التي يعتمد عليها الإعلام المتخصص، والتي تميزه عن الإعلام العادي:

يعتمد الإعلام المتخصص، في الأعم والأغلب، على مصادر نوعية، تتميز بمستويات عالية من الخبرة، أو الاختصاص، أو المسئولية.

كما تعد الهيئات والجهات العلمية والأكاديمية والبحثية مصادر أساسية للإعلام المتخصص.

وتعد الشخصيات العلمية في المجالات الطبية المختلفة (البحوث، الاختراعات، النظريات، الممارسات...الخ)، مصدراً بالغ الأهمية للإعلام المتخصص.

ويعتمد الإعلام المتخصص على الشخصيات التي تحتل مواقع رسمية مهمة في مختلف جوانب المجال.

الدوريات، والمجلات المتخصصة، والنشرات والتقارير العلمية، مصادر أساسية يعتمد عليها الإعلام المتخصص.

الجمهور المتميِّز

يُعد الجمهور الطرف الثاني من معادلة العملية الاتصالية. المقصود بالجمهور هو تلك المجموعة من البشر الذين يشكِّلون الكتلة الرئيسية من الأفراد الذين يتلقون رسالة أو يتعرضون لوسيلة إعلامية معينة. وتعود أهمية جمهور الوسيلة الإعلامية إلى اعتبارات متعدِّدة، أهمها:

الأهمية الإعلامية: إن تواصل الوسيلة الإعلامية مع جمهورها هو المؤشر الحقيقي لنجاحها، وبالتالي لمقدرتها على تحقيق مهامها وإنجاز وظائفها..

الأهمية المادية : إن حقيقة كون الوسيلة الإعلامية المعاصرة هي أساساً مشروع فكري-أيديولوجي، لا تتناقض إطلاقاً مع حقيقة ثانية موازية في الأهمية للحقيقة الأولى، وهي أن كل وسيلة إعلام جماهيري معاصرة هي أيضاً مشروع اقتصادي، يهدف تحقيق الربح المادي، أو مؤسسة ذات طابع اقتصادي يجب أن توازن ما بين نفقاتها ودخلها.

الأهمية التواصلية:تتصف علاقة الوسيلة الإعلامية بجمهورها بأنها ذات طابع حركي وديناميكي، يتسم بالتغيير. ليس ثمة أي شيء ثابت في علاقة الوسيلة الإعلامية بجمهورها سوى حقيقة هذا التبدُّل المستمر في طبيعة هذه العلاقة ومضامينها وأشكالها.

معايير الجمهور: يتميَّز جمهور الوسائل الإعلامية الجماهيرية وفق معايير مختلفة أبرزها: الكم ، بمعنى ضخامة الجمهور عددياً، مهم جداً. والنوع، بمعنى نوعية الجمهور، أي مستواه، والموقع الذي يحتله على الخريطة الاجتماعية-الاقتصادية التعليمية-الثقافية،ودرجة تجانسه،

ومكان تواجده، وجنسه، وسنه، ومستوى تعليمه وثقافته، وخبرنه الاتصالية، وعاداته الاتصالية، ومواقفه واتجاهاته، ومستواه المادي، ونمط الثقافة الفرعية السائدة في أوساطه.

في ضوء هذه المعايير، تتم عملية تحديد المضامين الإعلامية (أية موضوعات يجب أن تعالج، وما هي المضامين التي يجب إيصالها، وما هي الأهداف التي يجب تحقيقها)، وتحديد أساليب ومستويات معالجة الموضوعات، وتحديد المداخل الإقناعية وآليات التأثير المناسبة، وتحديد الشكل الذي تظهر فيه المادة إخراجاً، وتقديماً، وعرْضاً.

خصائص جمهور الإعلام المتخصِّص: بالرغم من أن معظم المعطيات السابقة المتعلقة بجمهور الإعلام العام تنطبق إلى هذا الحد أو ذاك على جمهور الإعلام المتخصِّص، إلا أنه من الممكن تحديد خصائص متميزة لجمهور الإعلام المتخصِّص. يمكن تحديد أهمها على النحو التالي:

جمهور محدَّد(يتميز الإعلام المتخصص بقدرته على تحديد جمهوره، والوصول إليه، والتأثير فيه. ولذلك غالباً ما يتميز جمهور الإعلام المتخصِّص بأنه جمهور محدَّد بقدرٍ كبيرٍ من الوضوح والدقة،

وفق معيارأو أكثر من المعايير السابقة.).كما يتميز جمهور الإعلام المتخصِّص غالباً بأنه محصور في إطار ضيق، وهو إطار موضوع التخصُّص. وبأنه جمهور معروف سلفاً، إذ غالباً ما تعرف الوسيلة الإعلامية المتخصِّصة جمهورها، وبالتالي، فإن مهمتها تقتصر على مخاطبته والوصول إليه. كما يتميز جمهور الإعلام التخصص بأنه جمهور نوعي وليس جمهوراً عاماً، وأنه جمهور معنيٌّ وجاد، يمتلك خبرة اتصالية غنية،وحاجات إعلامية متعدِّدة ومتنوعة، وموقفاً نقدياً قوياً من الخطاب الإعلامي الذي يتعرض إليه.

الانعكاسات الإعلامية لخصائص الجمهور: انعكست خصائص جمهور الإعلام المتخصِّص على الجوانب المختلفة من الإعلام المتخصِّص. وبات من الثابت علمياً أن الشرط الحاسم لنجاح الإعلام المتخصِّص هو مقدرته على الاستجابة لخصائص جمهوره بشكل خلاَّق ومبدِّع، ووفق الظروف والمعطيات الملموسة للوسائل والجمهور والمجتمع.

يمكن تحديد أبرز هذه الانعكاسات على النحو التالي:

إن الطابع العام والغالب على الإعلام المتخصِّص هو الطابع التثقيفي وليس الإخباري.

إن الأنواع الصحفية الأكثر استخداماً في الإعلام المتخصِّص هي الأنواع ذات الطابع الفكري والقادرة على حمل مضامين وأفكار وقيَّم.

لا يستخدم الإعلام المتخصِّص التغطية الإخبارية السريعة والسطحية. بل غالباً ما يستخدم التغطية الإخبارية العميقة والشاملة، أي التغطية الاستقصائية أو التفسيرية.

يستخدم الإعلام المتخصِّص في الغالب أساليب معالجة تعتمد على التحليل واستخدام الوقائع والأدلة والبراهين والحجج.

يستخدم الإعلام المتخصِّص إستراتيجيات ومداخل إقناعية مناسبة لتوعية جمهوره. ويحرص على تقديم تغطية متوازنة، ومعالجة تتضمن وجهات نظر متعدِّدة، ويبتعد عن أسلوب الاقتصار على تقديم رأي واحد أو وجهة نظر واحدة.

يستخدم الإعلام المتخصِّص، في الأعم والأغلب، استمالات ذهنية ومنطقية، ونادراً ما يستخدم الاستمالات الانفعالية أو العاطفية.

يحرص الإعلام المتخصِّص على الفصل بين المعلومة والرأي. يقدِّم المعلومة بشكل مستقل ومنفصل عن الرأي. ويُعطي لمتلقيه فرصة التعامل مع المعلومة بحرية أكبر.

الكادر الإعلامـي المتميِّز

إن الكادر الإعلامي هو القائم بالاتصال الفعلي الذي يقوم بإنتاج الرسائل الإعلامية في ضوء الإستراتيجية العامة التي حدَّدتها القوى المالكة والموجِّهة، وبما يتناسب مع السياسة التحريرية للوسيلة الإعلامية التي يعمل بها. إن مبرِّر وجود الكادر الإعلامي ومقياس مدى نجاحه أو فشله يتمثَّلُ في مقدرته على فهم هذه الإستراتيجية وتلك السياسة وتطبيقهما تطبيقاً خلاَّقاً ومبدِّعاً في كل نتاج صحفي يقدمه، وذلك عبرَ فنٍ إعلامي مناسب ومتطور.

يعكس مستوى تطور الكادر الإعلامي، نوعاً وكماً، مستوى التطور الإعلامي عموماً، ومستوى تطور المتلقي، ومستوى تنوُّع الحاجات الإعلامية للمتلقي، وتعددها، وكذلك مستوى تطور الواقع الموضوعيفي مجالاته المختلف.

ثمة شرطان أساسيان يتعذّر وجود الكادر الإعلامي المتخصِّص بدونـهما:

1- التأهيل الإعلامي: بعد أن تحوَّلَ الإعلام إلى علم يسعى لاستكمال مقوِّماته النظرية، التي تحكم ممارسته، بات متعذِّراً وجود كادر إعلامي غير مؤهل إعلامياً. ونظراً للتطور الحاصل في مجال الإعلام بوصفه وسائل ومجالات وأنواعاً، باتت الحاجة ملِّحة إلى ثلاثة مستويات

من التأهيل الإعلامي:

التأهيل الإعلامي العام: مهمة التأهيل الإعلامي العام إعطاء الكادر أساسيات علم الإعلام العام (الأدبيات والنظريات والأنواع والوسائل والتقنيات...الخ).

التأهيل الإعلامي المتخصِّص: يمثِّل التأهيل الإعلامي المتخصِّص مرحلة متطورة، أكثر عمقاً وأكثر تخصُّصاً. إن مهمة التأهيل الإعلامي المتخصِّص هي تعميق تأهيل الكادر بأحد المجالات الإعلامية الرئيسية. ويكون التخصُّص في هذه المرحلة إما على أساس الوسيلة الإعلامية (صحافة، إذاعة، تلفزيون، وكالة أنباء) أو على أساس الموضوع (إعلام رياضي،إعلام اقتصادي،إعلام ثقافي .الخ).

التأهيل الإعلامي الضيق: نعتقد أن مرحلة التطور التي بلغها الإعلام المعاصر على الصعيدين النظر والعملي، وظهور المؤسسات الإعلامية العملاقة، وتزايد ظاهرة عدم تجانس الجمهور وربما تفتته، وفي الوقت ذاته ارتفاع مستواه التعليمي والثقافي وخبرته الاتصالية، بالإضافة إلى المنافسة المحتدمة حول تقديم نتاج نوعي متميِّز، وتزايد أهمية الدور الذي أخذ يؤديه الإعلام المعاصر في حياة الفرد والمجتمع، نقول فرضت هذه العوامل ضرورة التأهيل الإعلامي المتخصِّص الضيق.

2- التأهيل العلمي في مجال متخصِّص: يستدعي التخصُّص الإعلامي ويُلازم التخصُّص العلمي في مجال محدَّد. يُشَكِّلُ التخصُّص الإعلامي والتخصَّص العلمي وجهان لورقة واحدة. ثمة جدلية تربطهما..

هذا التخصُّص، أصبح ظاهرة عادية في معظم وسائل الإعلام. وقد حصل بفعل أسباب متعدِّدة، وأخذ أشكالاً مختلفة. ونعتقد أنه حقَّقَ فوائد مهمة. ولكننا نرى أن مستوى التطور الحاصل في مختلف المجالات، ولدى شرائح الجمهور المختلفة، وفي وسائل الاتصال المختلفة، يفرض ضرورة التأهيل العلمي الأكاديمي للصحفي في الجانب أو المحور أو التخصُّص الضيق في المجال الذي يعمل فيه(اقتصاد، رياضة، بيئة، ثقافة...الخ).

أسلوب المعالجـة المتميِّز

تفرض الطبيعة المتميِّزة للموضوع والحدَث والجمهور والكادر أساليب معالجة وتقديم متميِّزة. إن خصوصية الموضوع والحدث والجمهور والكادر هي التي تحدِّد نوعية ومستوى المعالجة الإعلامية للموضوع والحدث.

ولكن، ومع احترام هذه الطبيعة الخاصة للموضوع والحدثفي المجالات المختلفة، يمكن الحديث عن سمات مميَّزة لأساليب المعالجة في الإعلام المتخصِّص، ويمكن تحديد أبرزها على النحو التالي:

المعالجة الشاملة والعميقة: يتميَّز الإعلام المتخصِّص النوعي عموماً باستخدام أساليب معالجة للأحداث والظواهر والتطورات أكثر شمولية وعمقاً من الإعلام العام.

هيمنة الطابع التحليلي: يعتمد الإعلام المتخصِّص النوعي منهج التحليل العلمي للأحداث والظواهر والتطورات.

المعالجة المتوازنة: يسعى الإعلام المتخصِّص النوعي إلى تقديم رؤية متوازنة للحدث أو الموضوع أو التطور.

استخدام الاستمالات الذهنية: يهيمن في الإعلام المتخصِّص النوعي استخدام الاستمالات الذهنية التي تخاطب ذهن المتلقي وعقله.

استخدام مداخل إقناعية وآليات تأثير مناسبة لمجال التخصُّص ولنوعية الجمهور، والاستفادة إلى الحد الأقصى من المعطيات العلمية المُسْتخلّصة من النتائج التي توصَّلت إليها البحوث الميدانية في هذا المجال.

مناقشة السؤال البحث الثاني: ما مقومات الإعلام الصحي؟

في ضوء خصائص الإعلام المتخصص، وانطلاقاً منها، سوف نحاول مقاربة الإعلام الصحي، في محاولة لتعريفه، وتحديد مقوماته.

ما الاتصال الصحي؟

الإعلام الصحي هو فرع إعلامي يتخصص في معالجة معطيات الحياة الصحية بجوانبها المختلفة، وبكل ما فيها من أحداث وظواهر وتطورات، ويتوجَّه إلى مختلف الفئات الاجتماعية المعنية بالمسألة الصحية، ويهدف نشر الثقافة الصحية، والإسهام في التربية الصحية، وتحقيق الوعي الصحي.أكاديمياً، الإعلام الصحي هو مجال معرفي-دراسي (Discipline) ،

فرع من فروع الدراسات الاتصالية. ويكتسب الإعلام الصحي أهمية بسبب تركيزه على الجمع بين النظرية والممارسة في فهم عمليات الاتصال وتغيير السلوك البشري. هذا النهج مهم جداً، في وقت فيه الكثير من الأخطار التي تهدد الصحة العامة على الصعيد العالمي (من خلال الأمراض والكوارث البيئية)، وتضرب بجذورها في السلوك البشري من خلال الجمع بين الباحثين والممارسين من مختلف التخصصات، واعتماد المناهج النظرية متعددة المستويات. (2002,Hornic,Robert,C).

سبقت الممارسة الإعلامية الصحية الفكر الإعلامي النظري الصحي. كانت الممارسة الإعلامية الصحية، وخاصة في البلدان المتطورة، قد حققت قدراً من الوجود الموضوعي الفاعل، والمتمثل في قوة حضور الموضوع الصحي في وسائل الإعلام الجماهيري، وفي سعي التحرير الصحي لاكتساب ملامح متميزة، وفي تطوير جمهور يُظهِر قدراً من التمايز. وفي مرحلة معينة من تطور هذه الممارسة لم يعد ممكناً للجهات المعنية بالإعلام، وللهيئات الأكاديمية الإعلامية، أن تستمر في تجاهل هذا القادم الجديد، الساعي لامتلاك ملامح وهوية.

وفي مسار التطور هذا، شهد الاعتراف الرسمي والأكاديمي بالإعلام الصحي منعطفات رئيسية أبرزها: اعتراف الرابطة الدولية للاتصال عام 1975 بالإعلام الصحي،

وإنشائها قسماً خاصاً باسم "الاتصال الصحي". وتأسيس الأكاديمية الأمريكية للاتصال عام 1979 فرعاً جديداً باسم "الاتصال الصحي" في مجال الرعاية الصحية. وبداية عملية طباعة كتب عن الاتصال الصحي ونشرها، وصدور مجلة متخصصة بالاتصال الصحي عام 1985 تحت عنوان: (Journal of Health Communication). ولأولمرة أخذ الاتصال الصحي يحتل فصلا مستقلا في الأهداف الصحية للولايات المتحدة، ويعكس هذا كله الأهمية المتنامية للإعلام الصحي. إلا أن المنعطف الأهم في مسيرة نشوء الإعلام الصحي وتطوره كان بدء تدريس الإعلام الصحي على مستوى البكالوريوس والماجستير في الجامعات الأمريكية عام 1998 (2003,Griffths).

يقوم الإعلام الصحي بالوصل فيما بين المجالات الاتصالية والصحية. ويزداد الاعتراف به بصفته عنصراً ضرورياً في الجهود المبذولة لتطوير الصحة الشخصية والعامة، باعتباره يشمل دراسة الإستراتيجيات الاتصالية واستخدامها لإعلام الفرد والمجتمع

والتأثير في قراراتهما المتعلقة بتعزيز الصحة، وبذلك يكون الإعلام الصحي عبارة عندراسة الإستراتيجيات الاتصالية، واستخدامها من أجل إعلام الفرد والمجتمع، وذلك بهدف التأثير في القرارات المتعلقة بالصحة، وخاصة في السياق العام للتركيز على دراسة البيئة، والتأثيرات الاجتماعية والنفسية على السلوك والصحة. ويبدي علماء النفس اهتماماً قوياً بالممارسة الإعلامية، نظراً إلى أنهم يرون أن وسائل الإعلام مسألة أساسية مركزية في الحياة المعاصرة ومنخرطة بقوة في بناء الفهم العام للصحة (2007,Hayes) .

السياقات الاجتماعية والثقافية التي يوجد فيها الاتصال الصحي متنوعة جداً، وقد تتضمن المنازل، والمدارس، وعيادات الأطباء، وأماكن العمل، ولذلك فإن الرسائل يجب أن تأخذ بعين الاعتبار المستويات المختلفة للمعرفة الصحية، والتعليم الصحي في أوساط جماهيرها، بالإضافة إلى الاعتبارات الديمغرافية والقيم والقضايا الاجتماعية-الاقتصادية وغيرها من العوامل المؤثرة في الاتصال الصحي.تغيرت بيئة الاتصال الصحي بشكل كبير، وتشمل هذه التغيرات زيادة كبيرة في عدد قنوات الاتصال، وعدد القضايا الصحية التي تتنافس على اهتمام الرأي العام،

وذلك فضلاً عن طلب المستهلكين لمعلومات صحية أكثر، وأفضل، والتطور المتزايد في تقنيات التسويق والمبيعات ، وذلك مثل الإعلانات المباشرة إلى المستهلك للأدوية التي تُباع بواسطة وصفة طبية ، ومبيعات الأجهزة والأدوات الطبية عبر الإنترنت.

إن توسيع قنوات الاتصال وقضايا الصحة على جدول الأعمال العام (الجمهور) من شأنه أن يزيد المنافسة على وقت الناس واهتمامهم، وفي الوقت نفسه، يتوفر لدى الناس فرص أكثر لينتقوا المعلومات وفقاً لاهتماماتهم وأولوياتهم الشخصية، وذلك اعتماداً على فرضية أساسية مفادها أن استجابات الناس وردود أفعالهم إزاء المرض والعناية الصحية والسلوك الصحي عموماً تتأثر بشكل عميق بما تقدمه وسائل الإعلام الجماهيري، خاصة وأن الكثير من الدراسات الجادة جمعت بين مجالات الدراسات الإعلامية وسوسيولوجيا الصحة والمرض، وذلك بهدف ملء الفجوات التي تركها المجالان في الكيفية التي تبني فيها وسائل الإعلام صحة الجمهور واستجاباته لما تقدمه وسائل الإعلام(2002,Seale).

إن واحدة من المهام الأساسية للإعلام الصحي هي تحقيق الوعي الصحي، باعتباره"جملة التصورات والمعتقدات والرؤى التي تعين الإنسان في حياته الصحية، وتحدد سلوكه الصحي".ويتكون الوعي الصحي من مجمل المعارف والمعتقدات التي نكونها عن الأمور والمشكلات الصحية، باعتبار أن المعرفة الصحية هي مجموعة المعلومات والخبرات والمدركات التراكمية التي يحصل عليها الإنسان من المصادر المتنوعة حول الحقائق والآراء الصحية. وتعود أهمية الوعي الصحي إلى حقيقة أنه يمكن الأفراد من التمتع بنظرة علمية صحيحة تساعدهم في تفسير الظواهر الصحية، وتجعلهم قادرين على البحث عن أسباب الأمراض كما تمكنهم من تجنب الأمراض والوقاية منها. كما أنه يشكل رصيداً معرفاً يفيد منه الإنسان وقت الحاجة في اتخاذ القرارات الصائبة إزاء ما يعترضه

من مشكلات صحية. ويرى الباحث الفرنسي (Jean Myriat) أن المضمون الطبي هو المضمون المعرفي الذي تتضمنه الأفكار والمعطيات والإحصائيات المرتبطة بالصحة أو المرض، بحيث يعمل هذا المضمون المعرفي على تطوير معارف المتلقي، بهدف الإسهام في تزايد المعارف الطبية الجديدة،

ونقلها، وجعلها في متناول أصحاب هذا القطاع الحساس. وتكمن أهميته في تقديم المضمون أو على الأقل عناصر الإجابة عن مختلف المشاكل الطبية، علمية كانتأم علاجية (2002,Seale).

ومن المهام المركزية للإعلام الصحي الإسهام المنهجي والمنظمفي تحقيق التربية الصحية، التي تعني عملية تعليم المجتمع كيفية حماية نفسه من الأمراض والمشاكل الصحية، وتغيير أفكار وأحاسيس وسلوك الناس فيما يتعلق بصحتهم، وتزويد أفراد المجتمع بالخبرات اللازمة بهدف التأثير في معلوماتهم واتجاهاتهم وممارساتهم فيما يتعلق بالصحة تأثيراً حميداً، عملية ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة على مستوى الفرد والمجتمع، وذلك باستعمال الأساليب التربوية الحديثة.

ويهدف الإعلام الصحي أن يحقق من خلال التربية الصحية أن يدرك الأفراد مسئوليتهم نحو تحسين أحوالهم الصحية والاهتمام بها. وتعديل اتجاهات وعادات وسلوكيات الأفراد إلى السلوك الصحي السليم وإكسابهم الاتجاهات الإيجابية. وإكساب الأفراد مفاهيم جديدة نحو الصحة والمرض بما يتلاءم مع الاكتشافات الحديثة. وتزويدهم بأساليب وطرق تساعدهم في الحفاظ على صحتهم.وتبسيط المعلومات والحقائق المتعلقة بالصحة لهم .

ويسعى الاتصال الصحي من خلال ذلك كله زيادة معرفة الجمهور ووعيه بالمسألة الصحية، والتأثير في السلوكيات والأنماط إزاء المسألة الصحية، وعرض ممارسات صحية

وعرض فوائد التغيرات السلوكية على النتائج العامة للصحة، والدفاع عن وضع الصحة ومكانتها، وعن السياسة، وزيادة الطلب أو الدعم على الخدمات الصحية، ودحض المفاهيم الصحية الخاطئة(Hayes, Michael).

ما مقومات الإعلام الصحي؟

المجال الصحي المتميز

اعتماداً على القراءة المعمقة للكثير من الكتابات والدراسات المتعلقة بالإعلام الصحي، واستناداً إلى المتابعة الدقيقة ولفترة زمنية طويلة للممارسة الإعلامية في المجال الصحي، وتأسيساً على خبرة الباحث الشخصية في العمل الصحفي الميداني، وفي مجال البحث العلمي الإعلامي في مجال الإعلام المتخصص، وعلى وجه التحديد في المجال الصحي، سوف نجتهد في تحديد مقومات الإعلام الصحي بصفته مجالاً إعلامياً متميزاً.

يشكل المجال الصحي واحداً من المجالات الأساسية في المجتمع. ويمثل هذا المجال درجة التطور الحضاري العام للمجتمع. إذ يعكس مستوى تطور المجال الصحي مستوى التطور العام في المجتمع.ويمكن للباحث التمييز بين مراحل مختلفة لمسيرة تطور المجال الصحي. ففي المراحل المبكرة من التطور كانت المسألة الصحية فرعية وهامشية، إذ كان الهم الأكبر هو الحفاظ على البقاء، وكان الأمر الصحي مسألة فردية(أو أسرية)، ضيقة الحدود والأبعاد وكانت نظرة الفرد (والجماعة) إلى الصحة(أو المرض) نظرة غيبية، وكانت سبل الحفاظ على الصحة (أو معالجة الأمراض) عفوية وتجريبية، وتخضع للطقوس الاجتماعية والدينية. ولم تكن القضية الصحية قضية محسوسة، وكان نموذج الاتصال المستخدم إزاءها هو الاتصال الشخصي المباشر.

وفي مرحلة لاحقة من التطور الاجتماعي-الاقتصادي بدأ الإحساس بأهمية وجود الفرد وصحته لأسباب أمنية واقتصادية. وبدأ الإحساس بوجود الجماعة واستمرارها في وجه تحديات الطبيعة وأطماع الجماعات الأخرى. بدأ الاهتمام بالصحة بصفتها شأناً عاماً، وبدأ الإحساس بارتباط المسألة الصحية بالمسائل الأخرى (الاقتصادية، والاجتماعية، والأمنية، والدينية).

بدأت الصحة تصبح قضية أرضية ودنيوية، وبدأ الحفاظ على الصحة (ومحاربة الأمراض) يصبح مسئولية الجماعة، ويمارسها أشخاص أو جماعات بأساليب تمثل قيم الجماعة وعاداتها وتقاليدها. وكان نموذج الاتصال الأكثر فعالية هو الاتصال الجمعي، بشكليه الاجتماعي والديني.

أحدث عصر الأنوار، والثورات الفكرية، والعلمية، والدينية، والصناعية تبدلات عميقة، وتحولات جذرية في حياة الفرد والمجتمع. واكبت المسألة الصحية هذه التطورات وعكستها. ازدادت أهمية الصحة في حياة الفرد والمجتمع، وازداد ارتباط المجال الصحي بالمجالات الأخرى، وازدادت المعارف العلمية الصحية، وظهرت كوادر طبية متخصصة، وظهرت أساليب معالجة متطورة. وبدأت المسألة الصحية تحظى بحضور أقوى في حياة الفرد والمجتمع. وبدأ الموضوع الصحي يفرض وجودهفي نموذجي الاتصال الشخصي والجمعي، ويشق طريقه إلى الاتصال الجماهيري الممثل في صحافة تلك الأزمنة.شهدت المسألة الصحية في المجتمعات الحديثة تطورات نوعية وكمية أدت، تراكمياً، إلى تحول المجال الصحي في المجتمع إلى حياة كاملة. أصبحت الصحة قضية عامة مرتبطة عضوياً بمجمل القضايا الاجتماعية-الاقتصادية والتنموية. تطورت العلوم الصحية،

وانتشرت الكوادر الصحية، وأنشئت المراكز الصحية، وتطورت الصناعات الدوائية، وصناعات التجهيزات والمعدات الطبية، كما تطور اهتمام الفرد والمجتمع بالمسألة الصحية، وازدادت معارفه وحاجاته الصحية. وأصبحت القضية الصحية قضية رأي عام بامتياز، وأصبحت شأناً عاماً.توضحت الجوانب المختلفة للمسألة الصحية(الإنسانية،والاجتماعية، والاقتصادية، والتنموية، والعلمية، والاقتصادية). أصبح المجال الصحي في المجتمعات الحديثة حياة كاملة، مليئة بالأحداث والظواهر والتطورات المتعلقة بجوانبها المختلفة، والتي تهم الفئات الاجتماعية المختلفة.

عكس الإعلام هذا التطور الذي عرفه المجال الصحي. وأصبح الموضوع الصحي حاضراً في جميع وسائل الإعلام الجماهيري، التي تشكل واحدة من الظواهر المهمة في المجتمعات الحديثة. وشهد هذا التطور ثلاث مراحل أساسية:

المرحلة الأولى: مرحلة البدايات، وتتمثل في بدء تسلل الموضوع الصحي إلى الصحف والمجلات. تتميز التغطية الصحفية للمسألة الصحية في تلك الفترة بالاقتصار على الجانب الإخباري المتعلق بالأمراض والأوبئة، وبعدم الانتظام، وبقدر كبير من العفوية والمزاجية، وبتخصيص مساحات محدودة، وفي أماكن غير بارزة في الصحيفة.

المرحلة الثانية: ظهور منظومة الإعلام الصحي بصفتها منظومة إعلامية فرعية : تمثل هذه المرحلة مستوى متطوراً من التغطية الصحفية (ولاحقاً الإعلامية) للمسألة الصحية. تطورت التغطية كماً (زيادة حجم التغطية، وتخصيص مساحات أوسع، والنشر في أماكن أهم، واستخدام أنواع صحفية مختلفة، وعدم الاقتصار على التغطية الإخبارية بل تقديم معالجات لظواهر ومشاكل وأزمات صحية، وتناول الجوانب المختلفة للمسألة الصحية)، كما تطورت التغطية نوعياً (استخدام عناصر التفسير والتحليل والشرح والتقييم، واستخدام أساليب معالجة تتسم بقدر من العلمية والمنهجية، وتزايد الاعتماد في ذلك كله على كتابات الخبراء والمختصين والمسئولين في الجوانب المختلفة من الحياة الصحية). وبلغت هذه المرحلة ذروتهافي ظهور " منظومة الإعلام الصحي"، بصفتها منظومة فرعية ضمن المنظومة الإعلامية العامة. وتتألف منظومة الإعلام الصحي من المكونات الرئيسية التالية:

الصفحات (والأقسام) المتخصصة بالمسألة الصحية في الصحف والمجلات.

البرامج الإذاعية والتلفزيونية المتخصصة بالمسألة الصحية.

بوادر الدوريات المتخصصة بالمسألة الصحية.

المرحلة الثالثة: ظهور الإعلام الصحي المتخصص: أدت التطورات الكمية والكيفية التي شهدتها الحياة الصحية في المجتمعات المتطورة في مرحلة متطورة من تراكمها إلى إبراز حقيقة عجز الإعلام العام، رغم زيادة اهتمامه بالمسألة الصحية، عن مواجهة التحديات التي تمثلها درجة تطور وغنى الحياة الصحية، ومستوى تشابك وتعقيد الأحداث والظواهر والقضايا الصحية المتعلقة بالجوانب المختلفة من الحياة الصحية (العلمية، والاقتصادية، والتربوية، والوقائية، والعلاجية، والكوادر الطبية...الخ). كما أبرزت عجز الكادر الصحفي العام عن تقديم تغطية تستجيب لتطور الحياة الصحية، ولتطور الجمهور المعني بالمسألة الصحية، وزيادة معارفه وحاجاته الصحية.

إزاء هذا التطور، كان لا بد للتطورات الشاملة والعميقة في المجال الصحي، وانعكاساتها في المجال الإعلامي، من أن تؤدي تراكمياً في مرحلة ما من مراحل من مراحل تطورها في المجالين الصحي والإعلامي إلى إحداث تغيير نوعي قادر على مواجهة التطورات الجديدة.

تمثل هذا التغيير النوعي في ظهور "الإعلام الصحي"، بصفته مجالاً إعلامياً متخصصاً، يمتلك كافة مستلزمات الإعلام المتخصص وشروطه، التي تمكنه من تقديم معالجة إعلامية مناسبة للموضوع الصحي.

الموضوع الصحي المتميز

يُعد الموضوع الصحي واحداً من المقومات الأساسية للإعلام الصحي. ونعني بالموضوع الشيء الأمر، أو الشأن، أو القضية، أو المسألة الصحية. الموضوع هو المادة التي يعالجها النوع الصحي. ينطلق الإعلام الصحي من حقيقة ليس فقط أنه يمتلك مجالاً متميزاً، بل ويمتلك أيضاً موضوعاً متميزاً. ويمكن تحديد أهم مميزات الموضوع الصحي على النحو التالي:

التنوع: يتميز الموضوع الصحي بتنوعه. وهذا التنوع ناجم عن تنوع الحياة الصحية، التي تتضمن جوانب مختلفة؛ اجتماعية-اقتصادية، وسياسية، وتربوية، ونفسية...الخ.

السياق المعقد: لا يمكن فهم الموضوع الصحي ومعالجته إعلاميا ًإلا في سياقه. وهذا السياق، بطبيعته، معقد ومتشابك، بسبب ارتباطاته بمجالات الحياة كافة.

مطلوب: بمعنى أن المتلقي هو، غالباً، يسعى إليه، ويبحث عنه.

منطقي وعقلاني، بمعنى أنه يدور حول مسألة علمية، ويقدم معلوماتأو آراء علمية، ويتوجه، أساساً، إلى عقل المتلقي.

جماهيري بمعنى أن جمهوره واسع ومتنوع. وأن هذه الجماهيرية ناجمة عن استجابته لاهتمامات جماهيره، وتقديمه أجوبة عن الأسئلة الموجودة في أذهانها.

جدي ، بمعنى أنه لا يمتلك عناصر الجاذبية والإثارة الحسية والعاطفية والانفعالية التي يمتلكها الموضوع الأمني أو الرياضي أو الفنيأو الديني، بل يعتمد،أساساً، على الاستثارة العقلية والذهنية ذات الأساس المعرفي العلمي.

حساس ودقيق، ولا يحتمل في معظم الأحيان أي قدر من الخطأفي المعلومة، أو سوء التقدير في الرأي، أو الذاتية في الفهم والتفسير، وذلك بسبب ارتباطه الوثيق بصحة البشر وحياتهم.

صعب الفهم والاستيعاب، نظراً لأنه يتضمن في الغالب مضامين معرفية وفكرية علمية خاصة، ويتم التعبير عنها بلغة تتضمن الكثير من المصطلحات والمفاهيم العلمية الخاصة.

وقد انعكست هذه الخصائص على المعالجة الإعلامية للموضوع الصحي على النحو التالي:

فرض التنوع الهائل للموضوع الصحي اتساع جبهة التغطية، وضرورة تنوع اختصاصات الكادر المعني بالتغطية.

وفرض السياق المعقد للموضوع الصحي مستويات معينة من شمولية وعميق المعالجة تأخذ بعين الاعتبارات التداخلات المختلفة، مخافة الوقوع في نزعة تبسيطية تؤدي إلى مقاربة جزئية فقيرة، وقد تكون مؤذية.

وفرضت خاصية كون الموضوع الصحي مطلوباً، وأن المتلقي هو في الغالب الذي يبحث عنه، ضرورة أن يقدَم الموضوع الصحي ويعالَج بطريقة تستجيب لمضامينه وأهدافه، بعيداً عن أية نزعة شكلانية، تؤدي إلى انزلاقات مثيرة حسياً.

منطقية الموضوع الصحي وعقلانيته، فرضت معالجة إعلامية تقوم على الحقائق والمعلومات، وتستخدم مسارات برهنة، وتتبع مقاربات منهجية في التحليل والتفسير.جماهيرية الموضوع الصحي،

وحقيقة أن جميع الشرائح الاجتماعية معنية به، فرض استخدام مستويات متنوعة في تناوله إعلامياً، كما فرض وسائل إعلام صحية متنوعة تستجيب لتنوع الشرائح الاجتماعية المعنية.

جدية الموضوع الصحي، فرضت على الصحفي الصحي مسئوليات جسيمة تشمل مختلف مراحل عملية التحرير الإعلامي، وخاصة ما يتعلق باختيار الموضوع، والمصادر، وتقديم الآراء، وأسلوب المعالجة، وطريقة العرض والتقديم.

أما حساسية الموضوع الصحي ودقته فقد فرضت أقصى درجات الحيطة، والحذر، والأمانة العلمية، والأخلاقية المهنية عند تناوله إعلامياً، كما فرضت معايير شديدة ودقيقة للخصوصية.

وفرضت خاصية صعوبة الفهم والاستيعاب تقديم معالجة إعلامية تخلِّص الموضوع من جديته العلمية ، وتنقله من عالم العلم الطبي إلى عالم الإعلام الصحي، وتضمن إيصال مضامينه العلمية إلى المتلقي دون أي تحريف أو تشويه. الحدث الصحي:

يأخذ الحدث الصحي مميزاته من خصائص المجال والموضوع الصحيين. ويمكن تحديد أهم خصائص الحدث الصحي على النحو التالي:

الحدث الصحي متنوع، ويغطي جميع جوانب المجال الصحي(العلمية، والمالية، والإدارية، والكوادر، والمكتشفات والتقارير العلمية، والأنشطة الطبية، والفعاليات المتعلقة بالصحة والمرض والرعاية والتوعية الصحية...الخ)

الحدث الصحي ذو إيقاع بطيء في الأعم والأغلب، وهذا ما يؤدي إلى انخفاض أهمية ما يسمى بالسبق الصحفي.

الحدث الصحي وثيق الصلة بالسياق الذي أنتجه، ويتعذر غالباً نقله بعيداً عن هذا السياق أو منزوعاً منه.

الحدث الصحي هو،في الأعم والأغلب، عبارة عن عملية متكاملة (Process)، أكثر منه مجرد أمر طارئ وعابر.

يستمد الحدث الصحي قيمه الإخبارية، أساساً، من قوته الذاتية، أي بما يتضمنه من مضامين ومعارف.الحدث الصحي، وخاصة المتعلق بالجوانب العلمية والمعرفية في المجال الصحي، أقرب إلى الحقائق العلمية المجردة.

كيف انعكست هذه الخصائص على تحرير الحدث الصحي؟

أدى تنوع الحدث الصحي إلى اتساع التغطية الإخبارية، وإلى ازدياد أهمية الأخبار الصحية، الأمر الذي فرض على الوسائل الإعلامية توفير كادر مناسب، واستخدام أنواع صحفية إخبارية متنوعة.

فرض بطء إيقاع الحدث الصحي ضرورة تقديم تغطية إخبارية متكاملة، معنية أساساً بفهم الحدث، وجمع المعلومات المتعلقة به، والتأكد من دقة هذه المعلومات وسلامتها. فرضت حقيقة شدة ارتباط الحدث الصحي بالسياق الذي أنتجه ضرورة تغطيته إعلامياً

في ضوء هذا السياق، وتقديم خلفية كافية تمكن الصحفي من تحرير الخبر بطريق تتيح للمتلقي اطلاعاً أوسع، وبالتالي، معرفة أعمق بالحدث.

كما فرضت حقيقة أن الحدث الصحي أقرب إلى "العملية" منه إلى الأمر السريع والعابر، ضرورة عدم الاقتصار في تغطيته إعلامياً على الطبقة السطحية من الحدث، بل ضرورة التعمق في التغطية إلى الطبقات الأعمق، للعثور على حقائق ووقائع خاصة، ولتقديم قدر من مناسب من عناصر التفسير.

وتستدعي حقيقة أن الحدث الصحي يستمد قيمته الاتصالية والإخبارية، أساساً، من قوته الذاتية ضرورة وأهمية العمل على تحريره بطريق توصل هذه القوة الذاتية إلى أقصى درجة ممكنة. ويتحقق هذا من خلال تقديم تغطية متوازنة، تعتمد على مصادر متنوعة وموثوقة، والحصول على حقائق ومعلومات أساسية وجوهرية ومؤكدة.

وفرضت خاصية كون الحدث الصحي أقرب إلى الحقيقة العلمية المجردة، ضرورة تقديم تغطية إخبارية لهذا الحدث تتمتع بأقصى قدر من الموضوعية، والحياد، والاستقلالية، والابتعاد قدر المستطاع، عن أية نزعة ذاتية ضيقة ومتحيزة، وعن خدمة أية مصالح خاصة مادية أو معنوية.

المصادر الصحية:

تتنوع المصادر الصحية بقدر تنوع المجال والموضوع والحدث الصحي. ويمكن حصر المصادر في الفئات الرئيسية التالية:

الهيئات والمؤسسات الرسمية والخاصة التي تعد مرجعية معتمدة للتغطية الإعلامية لجميع جوانب المجال الصحي.

الشخصيات الفاعلة في مختلف جوانب الحياة الصحية في المجتمع (علماء، مخترعون، باحثون، مدراء مؤسسات طبية، مستثمرونفي المجال الطبي، كودار طبية مختلفة، أفراد عاديون معنيون بأحداث وظواهر طبية...الخ)

مراكز البحوث العلمية المتخصصة في مختلف الجوانب المتعلقة بالحياة الصحية في المجتمع.

النشرات والتقارير والدوريات الطبية المتخصصة.

بنوك المعلومات العامة والمتخصصة.

المواقع الإلكترونية المتخصصة في المجال الطبي.

المصادر الإعلامية العامة (وكالات أنباء، وصحف ومجلات، وإذاعات ومحطات تلفزيونية).

الأفراد العاديون.

هذه الشريحة الواسعة والمتنوعة من المصادر المتوفرة والمتاحة، تتيح للصحفي الصحي تقديم تغطية إعلامية تستجيب للخصائص المتميزة للمجال وللموضوع وللحدث وللجمهور الصحي. ويستدعي ذلك وجود كادر إعلامي صحي مؤهل وقادر على الاستفادة من هذه المصادر لتقديم التغطية المطلوبة.

جمهور الإعلام الصحي

يتميز جمهور الإعلام الصحي بالخصائص التالية:

يتميز جمهور وسائل الإعلام الصحي الجماهيرية(صحف ومجلات عامة، برامج إذاعية وتلفزيونية) بأنه جمهور واسع وعريض، ويمتلك قدراً كبيراً من التنوع والاختلاف وعدم التجانس وفقاً للمتغيرات الديمغرافية المعروفة.

ويتميز جمهور وسائل الإعلام الصحي المتخصصة (طب، هندسة، صيدلة، هندسة طبية، بحوث أكاديمية...الخ) بأنه جمهور نوعي، ونخبوي، ومحدد، ومعروف سلفاً.

وبشكل عام، يمكن القول إن جمهور الإعلام الصحي متعلم، ومعني بالمسألة الصحية، ويمتلك خبرة اتصالية ، ولديه حاجات إعلامية صحية يسعى إلى إشباعها من خلال تعرضه للإعلام الصحي.

إن من شأن الخصائص السابقة للجمهور الصحي أن تجعل هذا الجمهور يمتلك موقفاً نقدياً قوياً من الرسائل الإعلامية الصحية التي يتعرض لها.

يتمتع جمهور الإعلام الصحي بقدر من الثبات والاستمرارية، وهذا ما يجعل درجة الولاء للوسيلة وللرسالة وحتى للكاتب مرتفعة نسبياً، طالما تم الاستجابة لمتطلباته، وإشباع حاجاته.

يتميز تعرض جمهور الإعلام الصحي للرسائل الإعلامية الصحية بأنه تعرض غائي، وقصدي-عمدي، وليس تعرضاً عفوياً وعَرَضياً. وهذا يعود إلى حقيقة أن الجمهور هو الذي يبحث عن الرسالة، ويسعى للوصل إليها، ليحقق هدفاً ما، أو ليشبع حاجة إعلامية ما. وهذا ما يفسر حقيقة أن هذا النوع من التعرض يحقق أقصى قدر من الاهتمام، والتفرغ، والتركيز، وبالتالي المقدرة على الفهم والاستيعاب.

كيف انعكست هذه الخصائص على التحرير في الإعلام الصحي؟

تنوع الجمهور واتساعه فرض تنوعاً في مفردات المنظومة الإعلامية الصحية، وتنوعاً في اختيار الموضوعات، وأساليب المعالجة، وطرق العرض والتقديم.

وفرضت خاصية أن الجمهور نوعي ونخبوي مستوى مرتفعاً من المعالجة، ومستوى معيناً من الكادر الإعلامي، ومستوى معيناً من التغطية ذات الطابع التفسيري والاستقصائي.

كما فرضت حقيقة أن الجمهور معني، ومطلع، ضرورة المعالجة التكاملية والسياقية سواء للحدث الصحي أو للظاهرة الصحية.

أما حقيقة أن جمهور الإعلام الصحي يمتلك موقفاً نقدياً قوياً من الرسائل التي يتعرض لها فقد فرضت تصميم رسائل إعلامية صحية، تقدم إضافة معرفية أو فكرية أو سلوكية للمتلقي.

الإعلام العام هو الذي يصنع جمهوره، أما الإعلام المتخصص فهو،غالباً، معروف سلفاً. ولكن، وبسبب الخصائص السابقة لهذا الجمهور، يصبح من الخطأ افتراض انجذابه وولائه، وذلك بسبب كثرة الوسائل ، وتنوعها، وارتفاع حدة المنافسة فيما بينها.

ولذلك لا بد من تقديم تغطية إعلامية تستجيب لخصائص جمهور الإعلام الصحي، وتشبع حاجاته الإعلامية. هذا النوع من التغطية قادر على جذب الجمهور، والحفاظ عليه، وتحقيق ولائه للوسيلة.

وفرضت حقيقة أن التعرض للإعلام الصحي غائي وقصدي، ضرورة تقديم معالجة إعلامية بعيدة عن التغطية الإعلامية العادية، التي تتسم بالسرعة، وربما السطحية، واللهاث وراء الأحداث المتلاحقة، والخضوع لحركتها. وتقديم تغطية تستجيب لخصائص المجال والموضوع والحدث والجمهور الصحي، أي تغطية تتميز بشموليتها، وعمقها، وتكاملها.

الكادر الإعلامي الصحي المتميز

تؤكد الممارسة الإعلامية ضرورة وجود كادر إعلامي صحي متخصص قادر على أن يقدم رسائل إعلامية تستجيب لمتطلبات المجال الصحي، وتلائم خصائص الموضوع الصحي، وتتناسب مع مستلزمات الحدث الصحي، وتستطيع إشباع حاجات جمهور الإعلام الصحي.

فإذا ما كان المجال الصحي على هذا القدر من التنوع والاتساع، والموضوع الصحي على هذا القدر من التشابك والتعقيد، والحدث الصحي على هذا القدر من الخصوصية، والجمهور الصحي على هذا القدر من النوعية والنخبوية وكثرة الحاجات وتنوعها، بات من المؤكد أن الصحفي العادي-العام لم يعد قادراً على تقديم تغطية إعلامية تستجيب لخصائص هذا المجال الإعلامي المختص والمتميز. وذلك لأن التغطية الإعلامية العادية-العامة التقليدية، بما تتميز به من الخضوع لحركة الأحداث وتسارعها، ومن التناول السطحي للظواهر والأزمات، فقدت مبرر وجودها لسببين أساسيين، أولهما: عجزها عن تقديم رؤية متكاملة، وشاملة، وعميقة لمعطيات الحياة الصحية، واضطرارها لتقديم رؤية ناقصة، ومشوهة، وسطحية. وثانيهما: أن هذه المعالجة الإعلامية العادية-العامة لا تستطيع تلبية حاجات جمهور نوعي ونخبوي ونقدي، الأمر الذي أدى إلى خسارة هذا الجمهور.

تأسيساً على ما تقدم، نؤكد حقيقة أن الإعلام الصحي المتخصص بحاجة إلى كوادر إعلامية صحية متخصصة قادرة على فهم معطيات المجالات المتخلفة من الحياة الصحية، ومعالجتها إعلامياً، بأساليب تستجيب لخصائص أحداثها، وموضوعاتها، وجماهيرها، ولخصائص الوسائل الإعلامية التي تستخدمها.

ويجب أن تتوفر في هذه الكوادر الشرطين التاليين:

الفهم العميق والشامل لمعطيات واقع الحياة الصحية بكل ما فيه من أحداث وظواهر، وتطورات، وأزمات، وقوى، ومصالح...الخ

امتلاك مهارات إعلامية متطورة كافية لتقديم معالجة إعلامية صحية متخصصة تستجيب لخصائص الإعلام الصحي المتميز (مجالاً، وحدثاً، وموضوعاً، وجمهوراً)، كما تستجيب للخصائص المتميزة لوسائل الإعلام الجماهيري المتميزة.

كيف يمكن إعداد هذه الكوادر؟

لسنا بحاجة إلى اختراع الدولاب من جديد. نتطلع إل تجارب المجتمعات الأخرى، وندرسها، ونستفيد منها، ونختار المناسب والممكن.

وهناك أسلوبان شائعان في مجال إعداد الكوادر الإعلامية المتخصصة:

الأسلوب الأول: إعلامي- متخصص

وهو يعني اختيار كوادر إعلامية عامة (بكالوريوس إعلام)،درست الإعلام أكاديمياً، ولديها قدر من الاهتمام بالمجال الصحي، وتدريسها لمدة سنة أو سنتين علوماً طبية متنوعة، وبعد تخرجها تكون مؤهلة للعمل في الإعلام الصحي المتخصص.

والأسلوب الثاني: مختص-إعلامي

وهو يعني اختيار كوادر من علوم واختصاصات طبية مختلفة، تمتلك معرفة أكاديمية بالعلوم الطبية، ولديها قدر من الاهتمام بالإعلام، وتدريسها لمدة سنة أو سنتين في معهد إعلامي، وبهد تخرجها تكون قادرة على العمل في الإعلام الصحي المتخصص.

أسلوب المعالجة الإعلامية المتميز

تؤكد الخصائص المميزة للإعلام الصحي بصفته مجالاً إعلامياً متميزاً، نظراً لامتلاكه كافة الشروط الضرورية للتميز والاستقلالية، استحالة تقديم معالجة إعلامية صحية تبقى محصورة في إطار التغطية العامة التقليدية. ولذلك نرى الإقدام على قطيعة كاملة مع أساليب المعالجة العامة والتقليدية،

نظراً لأنها أصبحت متناقضة تماماً مع درجة النضج والتطور التي بلغتها مكونات الإعلام الصحي المتخصص كافة(المجال، والموضوع، والحدث، والمصادر، والجمهور). كما نرى ضرورة التزام الإعلام الصحي بشروط أساليب المعالجة الإعلامية التي يستخدمها الإعلام المتخصص، والعمل على تكييفها، لتناسب مميزاته الخاصة.

ولذلك نرى ضرورة أن يتبنى الإعلام الصحي المتخصص ويلتزم بشروط أساليب المعالجة المستخدمة في الإعلام المتخصص، والمتمثلة في:الحرص على تقديم معالجة إعلامية شاملة وعميقة تستجيب لطبيعة الموضوع الصحي المعقد والمتشابك،

ولخصوصية الحدث الصحي الوثيق الصلة بسياقه، ولمتطلبات جمهور الإعلام الصحي النوعي، والنخبوي، والنقدي.استخدام أساليب معالجة ذات طابع تفسيري- تحليلي واستقصائي قادرة على تقديم رؤية متكاملة للحدث والظاهرة الصحية.

تقديم تغطية متوازنة، تحترم واقعية الأحداث والظواهر الصحية، وتحترم وعي المتلقي المعني.

الاعتماد، أساساً، على استخدام الاستمالات الذهنية والمنطقية والعقلانية في مخاطبة معظم فئات جمهور الإعلام الصحي، نظراً لأن هذا النوع من الاستمالات يتناسب مع الموضوع الصحي، ومع المتلقي الصحي.

البحث عند تصميم الرسائل الإعلامية الصحية عن مداخل إقناعية وأساليب تأثير مناسبة للموضوع وللجمهور المخاطب وخصائصه.

التركيز على استخدام الأنواع الصحفي ذات الطابع الفكري، والتي تستخدم أساليب الاستقصاء والتحليل والتفسير، والحوار، والمقارنة، وتجنب هيمنة الأنواع الصحفية ذات الطابع الإخباري السريع والمتعجل،

والتي تستخدم أساليب النقل والسرد.عدم الاقتصار في الإعلام الصحي المتخصص على إنتاج الكادر الصحفي العامل في المؤسسة، بل يجب العمل الدؤوب لجذب الخبراء والمختصين مختلف جوانب الحياة الصحية للإسهام الفاعل في معالجة الأحداث والظواهر والأزمات الصحية، بشكل أكثر عمقاً وشمولية، وبشكل يستجيب لطبيعة هذه الأحداث والظواهر، ويشبع الحاجات الإعلامية لجمهور الإعلام الصحي.

وحتى يكون الإعلام الصحي أكثر فاعلية في إنجازها لمهامه ووظائفه، لا بد أن تتوفر في الشروط التالية(Healthy People(2010,:

الدقة: Accuracy المضمون الصحيح الخالي من أية معلومات خاصة، ومن أي تفسير، ودون أي حكم.

الإتاحةAvailability : يتم وضع الرسالة أو تقديمها حيث يستطيع الجمهور الوصول إليها، سواء أكانت رسالة أو معلومة. يختلف التموضع Placement حسب الجمهور، ودرجة تعقيد الرسالة، والهدف من الرسالة. وهو يتراوح بين الشبكات الشخصية والاجتماعية إلى اللوحات الإعلانية، وأوقات الذروة في الإذاعة والتلفزيون، إلى الأكشاك العامة، وحتى الانترنت

التوازن:(Balance) يقدم المحتوى،

حيث يكون مناسبً، كلاً من المنافع والمخاطر للأفعال المحتملة، كما يقدم وجهات النظر المختلفة الصحيحة إزاء القضية المطروحة.

الاتساق: (التماسك Consystency) يبقى المحتوى متماسكاً داخلياً على مر الزمن، كما يكون متماسكاً ومتناسقاً من حيث المعلومات التي تم الحصول غليها من مصادر متعددة.

الكفاءة الثقافية: (الجدارة Cultural Competence) عمليات التصميم، والتطبيق، والتقييم، التي يمكن الاعتماد عليها في القضايا الخاصة، من أجل اختيار المجموعات السكانية من حيث اللغة والعرق، وأيضاً من حيث المستويات التعليمية والعجز.

قاعدة الأدلة :(Evidence Base) الدليل العلمي ذو الصلة، الذي خضع لمراجعة شاملة، ولتحليل دقيق، ليشكل دليلاً للممارسة، ومعياراً للأداء، ومقياساً للمراجعة، والتقييمات والتطبيقات المتعلقة بالرعاية الصحية عن بعد.الوصول:

(المدى- المجال Reach) أن يكون المحتوى متاحاً لأكبر عدد من الجمهور.الموثوقية: (Reliability)، أن يكون مصدر المضمون موثوقاً وجديراً بالاعتماد عليه، وأن يتم تحديث المحتوى باستمرار.التكرارية (Repetition)، أن يكون تقديم المضمون، واالوصول إلى المضمون مستمرين على مدار الوقت، وذلك من أجل أن يتعزز التأثير في جمهور معين، وأن يصل إلى أجيال جديدة.

التوقيت: (Timeliness)، يجري تقديم المحتوى، أو بكون المحتوى متاحاً عندما يكون الجمهور في أقصى حالات القبول والتلقي، أو حين يكون بحاجة إلى معلومات معينةالمفهومية: (القابلية للفهم Understandability)، أن تكون الإنقرائية، أو المستوى اللغوي والشكل (Format)، مناسبة للجمهور المعني- المستهدف.مناقشة السؤال البحثي الثالث: ما طبيعة التغطية الصحفية العربية في مجال الإعلام الصحي، وهل تستجيب هذه التغطية لمتطلبات الإعلام الصحي المتخصص ومقوماته؟تؤكد المتابعة الدقيقة لمعالجة الموضع الصحي في الصحافة العربية،

كما تُظهِر نتائج الكثير من البحوث أن تغطية المسألة الصحية في الصحافة العربية ما زالت تقع ضمن الإطار العام للتغطية الإعلامية السطحية والتقليدية، والتي لا تستجيب لمقومات المجال الصحي، ولا تأخذ بالشروط الإعلامية التي يجب أن تتوفر في الإعلام المتخصص، وذلك بالرغم من جماهيرية المادة الإعلامية الصحية، وكثافة التعرض لها. نستعرض بعض نماذج البحوث الإعلامية، التي قمت بها أو أشرفت عليها، والتي تؤكد ما أشرنا إليه سابقاً.

أجريتُ سابقاً بحثاً عنوانه " المسألة الصحية في الصحافة السورية. صحيفة تشرين نموذجاً. دراسة تحليل مضمون ". شملت الدراسة جميع المواد المتعلقة بالحياة الصحية في سورية خلال عام كامل . وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

المساحة المخصصة لنشر المواد الصحية: احتلت المواد المخصصة لتغطية المسألة الصحية في سورية 2,1% فقط من مجمل مساحة صفحات الصحيفة.

الأنواع الصحفية المستخدمة: بلغت نسبة استخدام الخبر 49.6%، والتقرير الإخباري 25.8%، والتحقيقات 1.5%، والأحاديث الصحفية 1.4%، والمقالات 0.9%، والتعليقات 0.3%.

الموضوعات المعالجة: تشكل الموضوعات المتعلقة بالأمراض والوقاية منها وعلاجها نسبة 41.2%، مقابل 22.5% لموضوعات تتعلق بالصحة العامة، و 10.7% للمناسبات الصحية.

الكاتب: أسهم كادر الصحيفة في تحرير 34.8% من المواد، ولم تبلغ نسبة المواد التي كتبها اختصاصيون سوى2.4%أسلوب المعالجة: تستخدم الصحيفة الأسلوب السردي في 64% من المواد، والأسلوب التحليلي في 8.4%، والحواري 1.6%، الخطابي-التمجيدي 13.5%موقع النشر: 53.5% على الصفحة السادسة الداخلية، 8.2% على الصفحة الأخيرة، و 3.4% على الصفحة الأولى

تؤكد هذه النتائج هيمنة الطابع الإخباري على تغطية الصحيفة للمسألة الصحية، وتقديم تغطية إخبارية عامة تقليدية، سريعة ومتعجلة، تهتم أساساً بالأحداث الراهنة، وخاصة الأنشطة والمناسبات الرسمية، وتقدم هذه الأحداث بمعزل عن سياقها.

كما تؤكد هذه النتائج عدم تقديم معالجة تكاملية ، وشاملة، وعميقة للظواهر والمشاكل والأزمات الصحية، وهذا ما يفسر انخفاض نسبة الأنواع الصحفية القادرة على تقديم مثل هذه المعالجة(التحقيقات والأحاديث).

كما تُظْهِر هذه النتائج هيمنة أسلوب السرد في المعالجة ، ومن الثابت علمياً أن هذا الأسلوب يبقى على سطح الحدث أو الظاهرة، وبالتالي لا يتيح للمتلقي إمكانية الاطلاع والمعرفة والفهم، بعكس أساليب التحليل والتفسير والحوار التي توفر تقديم معالجة شاملة وعميقة، تتيح للمتلقي فهمَ الأحداث والظواهر واستيعابها.

وتوضح النتائج أيضاً عدم الاهتمام الكافي بالمواد الصحية، سواء من حيث المساحة المخصصة لنشرها، أو من حيث مكان نشر هذه المواد.

وفيم يتعلق باستجابة الجمهور العربي وتعرضه للإعلام الصحي، يؤكد بحث علمي سوري (د.شاهين ود.خضرة 1996) جرى على 450 سيدة من سبع محافظات سورية أن 97.8% من نساء العينة يشاهدن البرامج الصحية في التلفزيون، و 80% منهن يستمعن إلى البرامج الصحية في الإذاعة، و31.6% منهن يقرأن الموضوعات الصحية التي

تنشرها الصحف و36% منهن يقرأن النشرات الطبية، و46% منهن يحضرن محاضرات طبية.

وفيما يتعلق بالحملات الصحية التي نفذت عام 1995، أفاد البحث أن 91% من نساء العينة شاهدن إعلانات شلل الأطفال، و 83.5% شاهدن إعلانات الوقاية من الإسهالات، و 75.8%شاهدن إعلانات تنظيم الأسرة، و87.8% شاهدن الإعلانات المتعلقة بمضار التدخين، و82.2% شاهدن الإعلانات المتعلقة بالإيدز.

وأظهر البحث أن 70.2% من نساء العينة يستمعن إلى الزاوية الصحية الصباحية، و47.8% منهن يستمعن إلى الرسالة الصباحية الصحية، و49.3 منهن يستمعن إلى رسائل تنظيم الأسرة. وبالنسبة للصحف أظهر البحث أن 46.3 من المبحوثات يقرأن الصحف

وأفاد بحث آخر (الخضري 1996) أن مصادر المعلومات الطبية بالنسبة لعينة البحث هي: 63.4% الخبرة الواقعية في الحياة، و64.8% من التلفزيون، و19.3% من الصحف والمجلات، و 13.4% من الإذاعة.

ويؤكد الحقيقة ذاتها بحث آخر (قربون، 1995) جرى على شبيبة محافظة دير الزور، إذ أظهر البحث أن 80.5% من الشبيبة يحصلون على معلوماتهم الصحية من خلال وسائل الإعلام، مقابل 30.1% يحصلون على هذه المعلومات من الأسرة، و 25.9% من المدرسة، و17.6% من الأصدقاء، و 17.3% من المنظمة الشعبية.

تؤكد نتائج هذه البحوث طبيعة جمهور الإعلام الصحي، وتثبت أن الجمهور يتطلع إلى المادة الإعلامية الصحية، ويبحث عنها، وخاصة إذا ما حققت شروط التحرير الإعلامي الصحي وأساليبه.

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

ظهر الإعلام المتخصص وتطور ضمن سياق عام (اجتماعي-اقتصادي-ثقافي)، يمثل عملية معقدة ممتدة في التاريخ، وفي المجتمع، وفي الإعلام.

حددت الدراسة، وحللت المقومات الأساسية التي تحدد هوية الإعلام المتخصص، وتعطيه خصوصيته.

تناولت الدراسة السياق العام لتطور المجال الصحي، وتحوله إلى حياة كاملة ناضجة، شديدة الارتباط بمجالات الحياة الأخرى في المجتمع، وحددت المقومات الأساسية للمجال الصحي.

درست الدراسة انعكاسات مقومات المجال الصحي على المعالجة الإعلامية للمسألة الصحية، وتوصلت من خلال التحليل إلى تحديد الخصائص الأساسية للإعلام الصحي، التي تميزه عن غيرة من المجالات الإعلامية، والتي تحدد خصوصيته، وتميِّزه.قدمت الدراسة نماذج من الممارسة الصحفية العربية التي تشير إلى عدم استجابة هذه الممارسة لمقومات الإعلام الصحي وخصائصه، ومستلزماته.

إن أهمية تأصيل المفاهيم مهمة على قدر كبير من الأهمية النظرية والتطبيقية، يجب عدم تركها للجهود الفردية المبعثرة، بل يجب أن تقوم بها الأكاديميات ومراكز البحوث. ليست هذه الدراسة سوى جهد فردي لمقاربة مهمة صعبة ومعقدة. ولذلك فإن الباحث يوصي باهتمام كافة الجهات المعنية (كليات الإعلام، واتحادات الصحفيين، ووزارات الإعلام، ومراكز البحوث)، بإعطاء مسألة تأصيل المفاهيم الإعلامية الأهمية التي تستحقها، باعتبارها الشرط العلمي للوضوح النظري، الذي لا يمكن لأية ممارسة إعلامية متطورة أن توجد، أو أن تتطور بدونه. وإلى أن يحدث ذلك، وما أظنه سيحدث قريباً، فإنني أدعو أساتذة الإعلام العرب المهتمين بالإسهام في إنجاز هذه المهمة.

تحفل كليات الإعلام العربية بحشود من حملة الشهادات، وحفظة النظريات، الذين كان وجودهم ضرورياً في مرحلة سبقت. أما الآن فنحن بحاجة إلى باحثين إعلاميين، لا يكتفون بحمل الشهادة وحفظ النظرية، بل يتصدون لمهمة توطين النظريات الإعلامية، وتبيئة المقاربات الإعلامية، وتأصيل المفاهيم الإعلامية، بما يتناسب مع هويتنا، وظروفنا، وواقعنا. وأعتقد أن ذلك هو الشرط الأساسي والضروري لامتلاك مشرع-رؤية إعلامية، نستطيع من خلالها دخول العصر، ومحاورة الآخرين.

الفصل الثاني
الاتجاهات الإعلامية الطبية لذوي الاحتياجات الخاصة

تناقش هذه الدراسة العلاقة بين وسائل الإعلام وموضوعات وقضايا ذوي الاحتياجات الخاصة، بما تحمله من جدليات ومواقف واستشهادات متباينة. وتحديدا تسعى الدراسة الى تقصي اتجاهات منسوبي وسائل الإعلام في المملكة العربية السعودية نحو الأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة، للتعرف على علاقة هذه الاتجاهات بالصورة التي ترسمها وسائل الإعلام عن هذه الفئة.

واعتمدت الدراسة على المنهج المسحي على عينة من مسنوبي وسائل الإعلام المقروء والمسموع والمرئي في المملكة، حيث بلغت العينة 141 فردا، استجابوا لإستبانة البحث التي استخدمت مقياس يوكر لدراسة الاتجاهات نحو ذوي الاحتياجات الخاصة، الى جانب اسئلة عن الصورة الذهنية لذوي الاحتياجات الخاصة وأسئلة ديموغرافية وإعلامية متنوعة لدراسة علاقة هذه المتغيرات بصورة المعاقين في وسائل الإعلام السعودية.

وأشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن الإعلاميين يرون أن اهتمام وسائل الإعلام بذوي الاحتياجات الخاصة محدود، ويأتي التلفزيون في مقدمة الوسائل التي تعطي اهتماما بهذه الفئات، تليها الصحافة، ثم الانترنت. وتقدمت الإعاقة الحركية (الجسدية) على باقي الإعاقات، كما تقدمت موضوعات الوقاية من الإعاقة على باقي الموضوعات الأخرى

في اهتمامات وسائل الإعلام السعودية.وبينت الدراسة في تحليلها للصورة الإعلامية لذوي الاحتياجات الخاصة أن الصورة تتسم بالايجابية، كما أن متوسط اتجاهات الإعلاميين باستخدام مقياس يوكر يشير إلى توجهات ايجابية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة.

وتعد هذه الدراسات التي تعنى بالاتجاهات نحو ذوي الاحتياجات الخاصة من أكثر الدراسات انتشارا في مجال الإعاقة، حيث أن الاتجاهات تؤثر على مكانة ودور هذه الفئات في المجتمع، كما أن الاتجاهات السلبية تعد المعوق الرئيس في تقدم المعاقين نحو الاندماج في المجتمع وامتلاكهم زمام المبادرة لخدمة أوضاعهم والدفاع عن حقوقهم. وتلعب وسائل الإعلام دورا مهما في التأثير على صورة ذوي الاحتياجات الخاصة لدى أفراد المجتمع. وتعكس الأدبيات العلمية التي أجريت على وسائل الإعلام في كثير من المجتمعات

أن هذه الصورة لذوي الاحتياجات الخاصة تظل نمطية تتسم بالسلبية وتصب ضد مصلحة فئات المعاقين ومؤسسات الإعاقة في تلك الدول. ومعظم دراسات الاتجاهات تتناول شرائح من المجتمع غير إعلامية لمعرفة اتجاهات هذه الشرائح نحو ذوي الاحتياجات الخاصة. ومن هذا المنطلق، فقد رأت هذه الدراسة أن التعرف على اتجاهات الإعلاميين تاتي في أهمية خاصة للعلاقة المفترضة بين هذه الاتجاهات وبين ما تبثه وتنشره وسائل الإعلام عن فئات المعاقين. وتحديدا تسعى هذه الدراسة الي التعرف على الاتجاهات التي يحملها منسوبو وسائل الإعلام في المملكة العربيةالسعودية نحو المعاقين، بغية استقصاء مدى ارتباط هذه الاتجاهات بنوع وطبيعة التغطية الإعلامية.

الإعلام والإعاقة:

أين يقع ذوو الاحتياجات الخاصة في وسائل الإعلام؟ ربما هذا هو السؤال المحوري في العلاقة بين المؤسسات الإعلامية وذوي الاحتياجات الخاصة، ويتلوه سؤال آخر عن: هل يوجد إعلام خاص بهذه الشريحة التي تعيش في المجتمع،

والتي تشير الاحصائيات الى تنامي أعدادها، حيث تقدر بعشرة في المائة، أي بأكثر من ستمائة وخمسون مليون نسمة من بين مجموع سكان العالم، كما أشارت لها احصائيات الأمم المتحدة، وتعد هذه أكبر أقلية في العالم. ويوجد ثمانون في المائة منهم في المجتمعات النامية1. في دراسة للورين كيسلر Kessler أطرت من خلالها لمثل هذه العلاقة بين وسائل الإعلام وبين الجماعات والأقليات في المجتمع. وقد وضعت كيسلر ثلاثة أنواع للصحافة/الإعلام البديل الذي يفسر هذه العلاقة2: (1) نموذج الاستبعاد، أي أن وسائل الإعلام الرئيسة تعمل على استبعاد أي تغطية أو إشارة لموضوع هذه الفئة من فئات المجتمع؛ (2) النموذج الانتقائي، أي أن تعمد وسائل الإعلام على انتقاء جوانب معينة من اهتمامات تلك الفئة، وعادة يتم التركيز على أحداث مثل المظاهرات والاحتجاجات لتلك الفئات مع تهميش متعمد للقضايا التي تتبناها تلك الفئات؛ (3) النموذج النمطي، أي أن التغطية تتم لهذه الفئات، ولكنها تتم في إطار من التغطية النمطية المعتادة، والتي تكون في غالبها سلبية الاتجاه.

---

1. http://www.un.org/arabic/disabilities/convention/?go=facts,2006

2 . Kessler, Lauren, The Dissident Press. Newbury Park: Sage publication,1984, p. 14.

وباستقراء واقع التغطيات الإعلامية ومراجعة الأدبيات العلمية في هذا الخصوص، يمكن الاستنتاج أن العلاقة بين وسائل الإعلام وبين موضوعات وقضايا ذوي الاحتياجات الخاصة هي علاقة نمطية، أي تجسد النموذج الثالث الذي طرحته لورين كيسلر.

أشار كوريجان وزملاؤه Corrigan1 الى تفريق بين الوصمة البنائية structural stigmaوالوصمة الشخصية personal stigma حيث أن البنائية أو الاجتماعية هي نتاج لمواقف واتجاهات قوى سياسية واجتماعية لتهميش فئة أو مجموعة من الناس في المجتمع، وتقييد فرصها في الحصول على حقوقها، أما الوصمة الشخصية فهي العمليات النفسية التي تتراكم لدى الفرد وتتجسد في تمييز سلبي ضد فئة أو شريحة

في المجتمع. وفي تحليل سيسيولوجي للإعاقة أوضح روبرRoper نموذجين2، أولهما عن النموذج الفردي الذي يركز على الإعاقة على أنها مشكلة فردية،

---

1. Corrigan, Patrick, Amy Watson, Gabriela Garcia, Natalic Slopen, Kenneth Rasinski and Laura Hall, "Newspaper Stories as Measures of Structural Stigma" Psychiatric Services, 56:5, May 2005.

2 Roper, Lynne, "Disability in Media", Stirling Media Research Institute, www.mediaed.org.uk

ويجب على المعاق أن يحاول أن يتغلب على إعاقته من خلال المعالجات الطبية في أغلب الأحيان؛ وثانيهما النموذج السسيولوجي الاجتماعي الذي يركز على مفهوم أن المجتمع هو مصدر الإعاقة لدى الأفراد، حيث لم يمكن هولاء المعاقين من التغلب على مشكلات إعاقاتهم. وأشار روبر أن النموذج الفردي هو الأكثر انتشارا ورواجا، وخاصة في وسائل الإعلام، وهو النموذج الذي يعكس الكثير من السلبيات عن صورة المعاق في المجتمع.

وما تواجهه الشرائح المهمشة في المجتمع يقودها الى البحث عن بدائل إعلامية، وقد ذكر وينستون أنه خلال عامي 1998-1999م قام بحصر أكثرمن 1200 شكل إعلامي يجسد اهتماما بذوي الاحتياجات الخاصة، على شكل صحف ومجلات ونشرات وبراج اذاعية وتلفزيونية، وأعمدة صحافية[1]. وقد أشارت رانسوم Ransom[2] الى ثلاثة أنماط وجدتها في تحليل مطبوعات خاصة بذوي الاحتياجات الخاصة، اضافة الى مقابلات مع عدد من الإعلاميين بمن فيهم رؤساء تحرير هذه المطبوعات، وهذه الأنماط، هي:

---

1 Haller, Beth, "Content and Character: Disability Publicatios in the Late 1990s", Journal of Magazine New Media Research, 2: 1, 2000.

2 Ibid.

(1) الإعلام الحركي/السياسي، الذي يهتم بالمطالبة بحقوق المعاقين ضمن الحركة الاجتماعية للتغيير في المجتمع؛

(2) إعلام الدمج، الذي يسعى الى دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في مختلف شئون الحياة في المجتمع؛

(3) إعلام الاهتمامات الخاصة، الذي يتناول موضوعات الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة على أنه ضمن الموضوعات الإعلامية المتخصصة في الوسائل الإعلامية.

وفي الولايات المتحدة انطلقت أوائل المطبوعات التي تعنى بذوي الاحتياجات الخاصة، حيث كانت البداية للصم من ذوي الإعاقة السمعية، فصدرت لهم صحيفة ديف ميوت The Deaf Mute في ولاية نورث كارولاينا عام 1848م، وكانت نتاج مدرسة خاصة بالصم، وتبعتها صحف أخرى، من بينها Little Paperمن عدد من مدارس الصم في الولايات المتحدة. أما أول صحيفة للمكفوفين

فكانت تسمى ماتلدا زيجلر ماجازين **The Matilda Ziegler Magazine** بطريقة برايل عام 1907م. وبعد الحرب العالمية الثانية، ظهرت صحيفة تعني بالإعاقة الجسدية عام 1946م وسميت برابليجيا **Paraplegia** وظهرت حاجة وجود مثل هذه الصحيفة نتيجة عودة أعداد كبيرة من الجنود الأمريكيين أثناء وبعد الحرب بإعاقات حركية1.

وفي دراسة عن سمات ومضامين وسائل الإعلام لذوي الاحتياجات الخاصة، أشارت هولر **Haler** الى عدد من السمات التي تتسم بها مثل هذه المطبوعات، حيث ظهر أنها ذات توزيع محدود، ونادرا ما تستخدم الألوان على صفحات هذه المطبوعات، ومعظمها يصدر فصليا أو كل شهرين، وتعاني معظمها من محدودية الإيرادات التي تصل لها، مما ينعكس على أدائها ومهنيتها. وأشارت الدراسة الى أن معظم هذه المطبوعات (70%) بدأت في الظهور بعد عام 1979م، أي منذ صدور أنظمة تمنع التمييز ضد المعاقين، وتعطيهم حقوقهم الاجتماعية2.ومن المستغرب أن دراسات الإعاقة لم تظهر في الساحة الأكاديمية سوى في العقود الماضية، رغم أن الإعاقة موجودة في الإنسان سواء كإعاقة مؤقتة أو إعاقة دائمة.

---

1 Haller, 2000.
2 Haler, 2000.

وخلال السنوات الماضية بدأ يتشكل تخصص دراسات الاعاقة **Disability Studies** والتي انطلقت من عدد من التخصصات مثل الدراسات الصحية، والتربية الخاصة، ودراسات التأهيل وغيرها من التخصصات1. والإعلام هو أحد التخصصات التي ينبغى أن يقترب من دراسات الإعاقة والتربية الخاصة، لأهمية وسائل الإعلام في كثير من قضايا الإعاقة، وفي مقدمتها قضية التوعية، وقضية الاتجاهات السلبية التي تتراكم لتشكل عقبات وصعوبات تواجه المعاقين ومؤسسات الإعاقة في تحقيق أهدافهم في تحسين صورة المعاقين في المجتمع.

وبين كلوجستون**Clogston2** عددا من النماذج التي تركز عليها وسائل الإعلام لذوي الاحتياجات الخاصة، حيث أشار الى وجود خمسة نماذج، هي:

(1) النموذج الطبي، ويتم فيه التركيز على الإعاقة الجسدية كمرض، والاعتماد على الإختصاصيين الطبيين لمعالجة مثل هذه الإعاقات؛

---

1 Harpe, Wendy and Carol Malcolm, "Not Seen, Not Heard: Learning Disabled Audiences and the Media", BBC Diversity Center, 2005, p. 33.

2 Colgston, John, "Disability Coverage in American Newspapers", in Nelson, Jack (ed.), The Disabled, the Media and the Information Age, Westport, Connecticut, London: Greenwood Press, p. 47

(2) نموذج المعاق المتميز (السوبر معاق)، الذي يعمل بطريقة مذهلة للتغلب على إعاقته، وكأنه لا يحمل مثل هذه الإعاقة؛

(3) النموذج الاقتصادي، حيث يظهر فيها المعاق على أنه بحاجة إلى مساعدة الدولة أو المجتمع للتغلب على إعاقته؛

(4) نموذج الأقليات، حيث يظهر المعاق على أنه فرد ضمن فئة الأقلية، يناقش ويحاور من أجل الحصول على حقوقه والدفاع عن مصالحه؛

(5) نموذج الثقافة المتعددة، حيث يكون المعاق متعدد الأوجه والاهتمامات، حيث لا تمثل الإعاقة الا وجها من أوجه هذا الشخص. وتشير الثلاثة نماذج الأولى الى نظرة تقليدية نحو المعاقين، بينما يشير النموذجان الأخيران الى نظرة تقدمية ايجابية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة.ومن المعروف أن وسائل الإعلام هي مصدر أساسي عن المعلومات التي يستقيها الناس عن كثيرمن الموضوعات ومن بينها موضوعات ذوي الاحتياجات الخاصة، وبناء على ذلك فإن الصور النمطية التي تترسخ في أذهان الناس هي نتاج لما تبثه وتنشره وسائل الإعلام.

وأشار واهل Wahl الى أن الوصمات التي ترتبط بأشخاص أو شرائح في المجتمع تترسخ أكثر في أذهان الناس عن طريق التكرار الذي تقوم به وسائل الإعلام مرات ومرات عديدة. ومن خلال هذا التكرار تتولد الاتجاهات والسلوكيات السلبية. وعلى الرغم من جهود المؤسسات التعليمية في تصحيح بعض الصور الخاطئة عن بعض شرائح المجتمع، الا أن ما تواصل وسائل الإعلام بثه ونشره يقف حائلا أمام عملية التغيير المطلوب[1].

وأوضحت دراسات مسحية أجرتها الجمعية الأمريكية للصحة العقلية الى أن وسائل الإعلام كانت في مقدمة المصادر التي يستقي منها الناس معارفهم عن الأشخاص من ذوي الأمراض العقلية، وقد ذكرت الدراسة تباينا بين وسائل الإعلام فيما يخص درجة الاعتماد على كل وسيلة، حيث بلغ الاعتماد على البرامج الإخبارية التلفزيونية نسبة 70%، والصحافة نسبة 58%، والأخبار التلفزيونية 51%، والبرامج الحوارية التلفزيونية 31%، وكل من الإخبار الإذاعية والمجلات 26%، والانترنت 25%[2].

1 Jillian's Project, "Public Perception of Mental Illness", www.esh.dmhmrsas.verginia.gov

2 Hottentot, E. "Print Media Portrayal of Mental Illness: An Alberta Study", in Dara R. Edney, "Mass Media and Mental Illness: A Literature Review" Canadian Mental Health Assocaition, Ontario, January 2004.

وأشار فيري**Alexander Phiri**أمين عام اتحاد جنوب أفريقيا للمعاقين – ومقرها زيمبابوي - الى أن الجمعيات المعنية بالمعاقين في أفريقيا تواجه صعوبات كبيرة في التأثير على وسائل الإعلام لتطوير أدائها في التعامل مع قضايا الإعاقة. وقد لاحظ أن معظم التغطيات الإعلامية تتسم بالسلبية عن المعاقين، نتيجة أن العاملين في وسائل الإعلام يتخذون توجهات سلبية تنعكس في المضامين السلبية التي ينشرونها ويبثونها عن المعاقين، ومن هذه الصور السلبية تصوير المعاقين على أنه ميئوس منهم، واتكاليون، ودائما يستجدون المساعدات، الى جانب التسميات والألقاب السلبية التي يوصم بها المعاقون[1]. أوضحت مونتجومري**Montgomery** الى أن عددا من الأقليات في المجتمع الأمريكي، من بينها المعاقون، تشعر بالقلق الدائم عن صورها التي تعكسها وسائل الإعلام الأمريكية، وما يتبع ذلك من نقل هذه الصور الى الجمهور العام من الناس.

1 Phiri, Alexander, Mass Media and Disablility in Africa", The World association for Christian Communication, www.wacc.org.

وتحديدا فإن التلفزيون يشكل المرآة الثقافية التي فشلت في نقل واقعهم الى الرأي العام. فغيابهم من الظهور في برامج الذروة، أو ظهورهم بشكل هامشي، أو ظهورهم بشكل سلبي هي ملامح من الصور السلبية التي تنتهك حقوقهم كمواطنين1. وفي دراسة عن التلفزيون والإعاقة، أشارت ديلون وزملاؤها الى أن التلفزيون يمثل أداة تساعد على تغيير الاتجاهات نحو المعاقين، ولكن حتى يقوم التلفزيون بدوره نحو هذه الفئة ينبغي أن يدخل المعاقون في مختلف عناصره الإخبارية والحوارية والدرامية2.

وفي دراسة، أوضحت كارن روز Ross أن المشاهدين والمستمعين من ذوي الاحتياجات الخاصة يتطلعون الي التغطية الإعلامية التي تتسم بالتقدير والإحترام لهم، مع القناعة على أن التنوع والتعدد هي سمة بشرية تعكس خبرات متنوعة. ويجب احترام آراء هذه الفئات وأخذها بعين الحسبان عند تناول موضوعاتهم.

---

1 Montgomery, Kathryn, Targeting Prime Time, New York: Oxford University Press, 1998, p.8

2 Dillon, Carol, Keith Byrd and Dianne Byrd, "Television and Disability", Journal of Rehabilitation, 1980, pp. 67-9

وباختصار ينبغي على وسائل الإعلام أن تدرك أن الإعاقة هي جزء من الحياة اليومية، ويجب أن تعكس وسائل الإعلام هذه الحقيقة وتجعلها نمطا مألوفا في مختلف برامجها[1].

وخلال السنوات الماضية، ظهرت بعض الجهود التي تعكس حوانب ايجابية في وسائل الإعلام. وظهرت جماعات ضغط مهتمة بذوي الاحتياجات الخاصة، ومنها علي سبيل المثال مكتب الوصول الإعلامي Media Access Office الذي تأسس منذ عام 1978م في منطقة هوليوود. وفي عضوية هذا المكتب أكثر من 250 ممثل وممثلة من ذوي الاحتياجات الخاصة يجاهدون في سبيل ظهور شخصيات معاقة في الأفلام السينمائية. ومحور التأكيد دائما هو أن تظهر شخصيات ذوي الاحتياجات الخاصة على أساس أن اعاقتهم تبدو بشكل عرضي، وليس بشكل محوري في مثل هذه الأفلام[2].

---

1 Ross, Karen, "Where 's Me in It?", Media, Culture and Society: 19, pp. 669-77, p. 676.

2 Nelson, Jack, "Broken Images: Portrayals of Those with Disablities in American Media", in Nelson, Jack (ed.), The Disabled, the Media and the Information Age, Westport, Connecticut, London: Greenwood Press, p. 13

وعلى صعيد الإعلانات التلفزيونية التي تعد أكثر الجهات تحفظا في عمليات التغير عن صورة المعاقين، ظهرت بعض الإعلانات التي تعكس صورا ايجابية عن هذه الفئات.

فعلى سبيل المثال، ظهور إعلان تلفزيوني يبين رجل أعمال ناجح يسير بعكازتين حاملا حقيبة يدوية يجسد نجاحا لذوي الاحتياجات الخاصة. واشارة أخرى لشبكة التلفزيون الأمريكية **CBS** اشتملت على لقطات عن الموسم الجديد من برامجها ومتابعات جمهور

المشاهدين لها، بين أثنين (رجل وامرأة) في وضع حميمي يعبران عن مشاعرهما بلغة الإشارة، وإعلان آخر لشركة ملابس الجينز **Levi** بشخصية من ذوي الاحتياجات الخاصة، واعلانات لشركة ماكدونالد يظهر فيه بعض الأطفال المعاقين يصفقون لمناسبة من المناسبات، وإعلان لشركة سيارات**Plymouth**يوضح أحد مندوبي المبيعات من المعاقين يشرح الميزات التي تتميز بها هذه الشركة1.

---

1 Ross, Karen, "Where 's Me in It?", Media, Culture and Society: 19, pp. 669-77, p. 676.

وما قامت به المؤسسة الإعلامية البريطانية BBC في دراسة شاملة، تعد الأولى من نوعها في تاريخ هذه المؤسسة، على عينة من ذوي الاحتياجات الخاصة، وتحديد على الأفراد ذوي صعوبات التعلم حيث تضمنت هذه الدراسة ثلاثة أساليب منهجية (مسحية، مجموعات مركزة، ومقابلات مقننة). وأشارت هذه الدراسة الى أن جمهور الاحتياجات الخاصة في إطار تذكُره صورة المعاقين في وسائل الإعلام لمشاهد من البرامج الدرامية والمسلسلات اليومية، حيث أن هذه المشاهد هي الأكثر تعلقا بذاكرة المشاهدين أكثر من غيرها من البرامج والفنون الإعلامية الأخرى. كما أن أكثر الشخصيات تذكرا لدى هذه الفئات من المشاهدين هي الشخصيات التي مثلت أدوار معاقين لمتلازمة داون. وأوضحت هذه الدراسة أن عينة الدراسة من المعاقين كانت ترى أهمية حضور شخصيات المعاقين على شاشات التلفزيون لسببين رئيسين، هما :

(1) يتحمل التلفزيون مسئولية الصورة التي يحملها الناس عن المعاقين عامة، وكلما زادت المشاهد والتغطيات التلفزيونية عن المعاقين كلما ساهم ذلك في عملية تغيير الصور النمطية عن المعاقين لدى الناس؛

(2) يعتقد المعاقون أن من حقهم الطبيعي ان يظهروا على شاشات التلفزيون مثلهم مثل غيرهم من شرائح المجتمع، وخاصة عندما تظهر تقارير إخبارية عنهم في وسائل الإعلام، فيجب ان تتضمن مثل هذه التقارير أشخاصا منهم يمثلون وجهات نظرهم1.

إحدى الدراسات الكبرى عن قضايا الأمراض النفسية في الصحافة الأمريكية، قام بها ستة باحثون2 أمريكيون، حيث تم اختيار الصحف الكبرى في جميع الولايات الأمريكية التي يزيد توزيعها على ربع مليون نسخة يومية، حيث تضمنت الدراسة تحليل 70 صحيفة يومية، واشتملت العينة الزمنية على ستة أسابيع موزعة على عام 2002م باستخدام البحث الإلكتروني عبر أربع قواعد بحثية من بينها قاعدة لكسس-نيكسس. وفي جميع هذه الصحف تم البحث عن الموضوعات التي تعنى بقضايا الأمراض العقلية، وتم تصنيفها في اربعة محاور، هي: محور الخطورة والعنف، محور اللوم، محور العلاج، ومحور الدفاع.

---

1 Harpe, Wendy and Carol Malcolm, "Not Seen, Not Heard: Learning Disabled Audiences and the Media", BBC Diversity Center, 2005, p. 33.

2 Corrigan, Patrick, Amy Watson, Gabriela Garcia, Natalic Slopen, Kenneth Rasinski and Laura Hall, "Newspaper Stories as Measures of Structural Stigma" Psychiatric Services, 56:5, May 2005.

وبلغت مجمل القصص الإخبارية في هذه الدراسة 3353 قصة عن موضوعات وقضايا الإمراض العقلية. ومعظم هذه القصص انصبت على قضية الخطورة والعنف لدى ذوي الإمراض العقلية بنسبة 39% من مجمل التغطيية، تلى ذلك موضوعات عن المحور العلاجي بنسبة 26%، ثم 20% عن الموضوعات التي تدافع عن هذه الفئة، وخاصة ما صدر عن جمعيات الرعاية والاهتمام بهذه الفئة.

كما قامت هولر Haller بدراسة شاملة على وسائل الإعلام الأمريكي بتحليل مضمون 11 صحيفة ومجلة رئيسة، وتحليل مضمون أربع شبكات تلفزة ABC, CBS, NBC, CNN أمريكية خلال عام 1998م. وتم البحث في قواعد الكترونية من خلال أربعة مسميات دالة على الإعاقة باللغة الإنجليزية،هي disability, disabilities, disabled

وبلغت مجمل القصص الإخبارية في عينة الصحف والمجلات 256 قصة، وفي عينة المحطات التلفزيونية 35 قصة إخبارية. وبينت نتائج هذه الدراسة على الصحف أن معظم الموضوعات كانت عبارة عن أخبار بنسبة 48%، والتحقيقات بنسبة 38%.

اما فيما يتعلق بنوع الإعاقة، فقد تصدرت الإعاقات الإدراكية باقي الإعاقات في اهتمام الصحافة، تلتها صعوبات التعلم، ثم الإعاقة العقلية، والإضطرابات الوجدانية. كما أشارت نتائج الدراسة الى أن استخدام كلمة المعاقين handicapped لم تعد مستخدمة كثيرا، واستبدلتها وسائل الإعلام بمصطلح "الأشخاص ذوي الإعاقة" people with disabilityومن الملفت للنظر أن صحيفة كبرى مثل النيويورك تايمز هي أكثر الصحف استخداما لمصطلح المعاقين، وليس المصطلح الأكثر ايجابية أشخاص ذوي إعاقة. أما التغطية التلفزيونية، فمن الملفت لها محدودية القصص الإخبارية عن المعاقين، حيث وصلت الى حوالي 35 قصة في الأربع شبكات التلفزة الرئيسة في الولايات المتحدة الأمريكية. ومعظم هذه القصص الإخبارية لم تتجاوز دقيقتين ونصف من الوقت، عدا حلقة خاصة وصلت الى حوالي نصف ساعة. ومن مجمل هذه التغطيات، وجدت الباحثة أن ست قصص قد استخدمت مصطلح المعاقين، بدلا من استخدام مصطلحات أخرى أكثر ايجابية[1].

---

1 Haller, Beth, "News Coverage of Disability Issues", The Center for An Accessible society, July 1999, www.accessiblesociety.org

كما أجرت هولر **Haller** دراسة تحليل مضمون على تسع صحف يومية كبرى اضافة الى ثلاث مجلات اخبارية اسبوعية في الولايات المتحدة الأمريكية للتعرف على تغطيتها الصحافية لقانون "الأمريكيون والإعاقة" خلال الفترة من 1988 الى 1993م. وركزت معظم التغطيات لهذا القانون على ثلاث مسائل هي التعديلات البيئية العمرانية (26%)، ومكافحة التمييز لشرائح المعاقين (22%)، واتاحة فرص العمل (18%). وفيما يتعلق باعتماد هذه الصحف والمجلات على مصادر معلومات عن القانون أو ردود الفعل، أوضحت الدراسة أن 35% جاءت من مؤسسات وجماعات تمثل ذوي الاحتياجات الخاصة، و30% لأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة بصفتهم الفردية[1].

---

1 Haller, Beth, " Balancing Acts: Government, Business and Disability Sources in the News Representations of the ADA". Paper presented in the Annual Conference of the Association for Education in Journalism and Mass Communication, 1996

وفي دراسة تحليل مضمون صحافية بجامعة جلاسكو بالمملكة المتحدة، أتضح أن من مجموع 562 مادة صحافية من الموضوعات والأخبار المحلية والوطنية عن مضامين لها علاقة بالأمراض العقلية، تشكل 62% منها قصصا ذات سمة تربط هذه الفئات بالعنف والجريمة نحو الآخرين1. كما أشارت دراسة أخرى من كندا على الصحافة، الى أن مقالا واحدا فقط من مجموع 72 مقالا تم تحليلها عكست وجهة نظر المرضى من ذوي الأمراض العقلية2.

وعن التغطيات الصحافية لقضايا الإعاقة في المملكة العربية السعودية أشار المقوشي في دراسته التي أجرها عام 1417هـ (1996م) إلى أن قضية العلاج هي الموضوع الذي تصدر باقي الموضوعات الأخرى، ثم جاء البعد الإعلامي للإعاقة ثانيا، والأبحاث والدراسات ثالثا. أما الجهات التي تشكل مصادر استقاء موضوعات الإعاقة في الصحافة،

---

1 Cutcliffe, J. and B. Hannigan, "Mass Media, "Monsters" and Mental Health clients", Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8:4, pp. 315-21, in Dara R. Edney, "Mass Media and Mental Illness: A Literature Review" Canadian Mental Health Association, Ontario, January 2004.

2 Dara R. Edney, "Mass Media and Mental Illness: A Literature Review" Canadian Mental Health Association, Ontario, January 2004, p.3.

فقد جاءت جمعية الأطفال المعاقين اولا، تلتها مؤسسة سلطان بن عبدالعزيز آل سعود الخيرية، ثم مركز الأمير سلمان لأبحاث الإعاقة.. وهذه المؤسسات هي من بين أهم مؤسسات الإعاقة في المملكة. أما المقارنة بين حجم تناول الصحف السعودية لقضايا الإعاقة، فقد أشارت الدراسة إلى أن صحيفة الجزيرة تصدرت باقي الصحف، تلتها الرياض ثم عكاظ1.

وفي دراسة عن تأثير التغطيات السلبية على الأشخاص الذي لديهم مشاكل عقلية مختلفة، اشار حوالي 50% من مجموع العينة (515 فردا) الى أن هذه الصورة السلبية التي تروج وتبثها وسائل الإعلام لها تأثيرها المباشر على الحالة العقلية لهم، و34% ذكروا أن هذه التغطيات أدت الى زيادة حالات الإحباط والقلق لديهم، و22% منهم قالوا أن وسائل الإعلام خلقت منهم أشخاصا يميلون الى العزلة والانسحاب، ونسبة 8% اعترفوا أن هذه التغطيات السلبية عنهم تقودهم الى نزعات نحو محاولة الانتحار2.

---

1 المقوشي، عبدالعزيز بن علي، قضايا الإعاقة في الصحافة السعودية، مركز الأمير سلمان لأبحاث الإعاقة، الرياض، 2000م

2 Dara R. Edney, "Mass Media and Mental Illness: A Literature Review" Canadian Mental Health Association, Ontario, January 2004.

وفي دراسة على أفلام هوليوود خلال خمسين عاما، أشارت ليزا ليفيرز Levers في تحليلها لواحد وعشرين فيلما سينمائيا ذات علاقة بالإعاقات العقلية الى أن المشاهدة لهذه الأفلام تدعم الفكرة السائدة الى أن هذه الأفلام تجسد صورا سلبية عن فئات ذوي الإعاقة العقلية والنفسية، حيث استنبط الباحث عددا من الصور النمطية السلبية (مثلا: مصدر العنف ومصدر الخطر) وعددا من الرموز المرئية

(مثلا، تعبيرات الوجه، الأيادي المرتعشة) التي تعكس هذه النظرة السلبية في اتجاهات الأفلام السينمائية نحو ذوي الأمراض العقلية1.

وفي الإعلان الأوروبي عن الآداب والثقافة والإعلام والإعاقة الذي صدر عن المنتدى الأوربي للإعاقة في مؤتمر أثينا باليونان عام 2003م، وجد المنتدون أن هناك نقصا حادا في فرص التعبير لذوي الاحتياجات الخاصة الذين يبلغون خمسين مليون معاق في أوروبا عن قضاياهم وموضوعاتهم في وسائل الإعلام. ويدعو هذا الإعلان الى:

1 *Leavers, Lisa Lopez, "Representations of Pschiatric Disablity in Fifty Years of Hollywood Film: An Ethnographic Content Analysis", Theory and Science,* www.theoryandscience.icaap.org

(1) المساواة بين المعاقين وغيرهم من الأشخاص العاديين في الحقوق والواجبات؛

(2) نشر مبادئ هذا الإعلان في مختلف الأوساط الأوروبية بهدف تشجيع تطبيق هذا الإعلان؛

(3) توسيع نطاق القنوات الثقافية التي تدعم فرص حضور ذوي الاحتياجات الخاصة والدفاع عن حقوقهم؛

(4) إجراء دراسات موسعة على السياسات والاستراتيجيات المؤثرة على مسيرة المعاقين في المجتمعات الأوروبية[1].

---

1 European Disability Forum, "European Declaration on Arts, Culture, Media and Disability", www.edf-feph.org/papers.

الاستراتيجيات المقترحة للإعلام:

تشير أكثر من دراسة الى أن نشر وبث تقارير ومعلومات دقيقةفي وسائل الإعلام عن ذوي الاحتياجات الخاصة تؤدي الى زيادة الاتجاهات الايجابية نحو المعاقين.فعلى سبيل المثال فقد ذكرت باربرا كلوكيKolucki1 أن من افضل الطرق لتحسين صورة المعاق في وسائل الإعلام هو أن يعطى الفرصة للحديث بنفسه والتعبير عن آرائه كما يريدها، حيث يمككنهم أن يدحضوا الصور النمطية التي تعكس عجزهم ويأسهم في الحياة والمجتمع. وفي مثل هذه المشاهد الإعلامية، يمكن الاستنتاج بأن الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة هم أشبه ما يكونون بالأشخاص العاديين. وفي لقاء بين عدد من المعاقين وبعض الإعلاميين، وجهت إحدى المعاقات كلامها الى وسائل الإعلام قائلة "أنتم مقفلون عالمكم عنا، كما نحن نقفل عالمنا عنكم، ونحن - ذوي الاحتياجات الخاصة - لا نرى لنا حضورا في وسائل الإعلام، ولا نرى صورا أو تمثيلا لنا، فنحن نعتقد بأننا لسنا جزء من جمهور هذه الوسائل".

---

1 Kolucki, Barbara, A Review of Research About Media and disability: Does It Make A Difference?"

وحول سؤال عن الدور الذي ينبغى أن تقوم به شبكة التلفزة البريطانية BBC، أوردت شرائح من المعاقين عدة مجالات لتطوير صورتهم وحضورهم في وسائل الإعلام، ومنها1:

إعداد برامج عامة وبرامج وثائقية عن فئات ذوي الاحتياجات الخاصة من أجل تثقيف الجمهور العام بقضايا ومشكلات وهموم هذه الفئات.

انتاج برامج جماهيرية/ حوارية بمقدمين من ذوي الإعاقات موجهة الى الناس عامة والجمهور الخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة.

تغطيات موسعة لمناسبات ذوي الاحتياجات الخاصة مثل الألعاب الأولمبية لذوي الاحتياجات الخاصة، وغيرها من المناسبات.

إنتاج برامج تلفزيونية/اذاعية تكون في المستوى الذهني المناسب لذوي الاحتياجات الخاصة، بعيدا عن تعقيدات اللغة والفكر التجريدي.

انتاج برامج موجهة مباشرة لذوي الاحتياجات الخاصة.

---

1 Harpe, p. 54

وفي دراسة قام بها أحمد[1] أوضح فيها عددا من الاستراتيجيات التي تساعد على تحسين صورة المعاقين في وسائل الإعلام، حيث ذكر أنه ينبغي:

(1) زيادة المساحة التي تخصصها وسائل الإعلام عن الإعاقة والمعاقين، وخاصة زيادة برامج التلفزيون الموجهة لهذا الغرض؛

(2) تقديم معلومات مناسبة عن فئات المعاقين بما في ذلك مفاهيم الإعاقة وفئاتها؛

(3) إبراز الجوانب الإيجابية والقدرات المتبقية للمعاقين، ومدى امكانية الاستفادة منها في العمل؛

(4) حث المجتمع على تنمية التفاعل مع المعاقين، وتبصيرهم أن الإعاقة ليست مرضا معديا، وأن المعاق يتساوى مع أي فرد آخر في المجتمع في الواجبات والحقوق.

---

1 أحمد، السيد علي سيد، "دور وسائل الإعلام في تغيير اتجاهات أفراد المجتمع نحو المعاقين" ورقة مقدمة لندوة دور الخدمات المساندة في التأهيل الشامل لذوي الحاجات الخاثة، جامعة الخليج العربي، 2005م.

كما حددت أبو خليل بعض الخطوات لتعزيز التعاون مع وسائل الإعلام على شكل شراكة بين مؤسسات الإعاقة ومؤسسات الإعلام[1]:

(1) توعية الإعلاميين بقضية الإعاقة باعتبارها إحدى القضايا المترابطة بحقوق الإنسان؛

(2) استضافة الإعلاميين عند تخطيط الحملات الإعلامية لموضوعات وقضايا الإعاقة؛

(3) توثيق العلاقات مع مندوبي الإعلام، حتى امع الأشخاص الذين قد يملكون اتجاهات سلبية نحو المعاقين؛

(4) دعوة الإعلاميين والصحافيين على وجه الخصوص للكتابة وإعداد تقارير وتحقيقات صحافية عن موضوعات المعاقين؛

(5) ربط موضوعات الإعاقة بقضايا اجتماعية وإنمائية وسياسية وغيرها من القضايا تكون مثيرة ولها جمهور واسع من المهتمين، لمترير رسائل خاصة بالمعاقين.

---

1 أبو خليل، جهدة، "الخدمات الإعلامية وفاعليتها في نجاح برامج التأهيل الشـامل لذوي الحاجات الخاصة"، ورقة مقدمة لندوة دور الخدمات المساندة في التأهيل الشامل لذوي الحاجات الخاثة، جامعة الخليج العربي، 2005م.

ومن خلال استعراضه للصحافة السعودية للتعرف على ما تنشره من قضايا الإعاقة، أورد المقوشي 1 عددا من التوصيات لخدمة أهداف مؤسسات الإعاقة من قبل المؤسسات الإعلامية، ومن هذه التوصيات المقترحة:

(1) الاعتماد على أسلوب المبادرة في جمع المعلومات وتناول قضايا الإعاقة، بدلا من الاعتماد على ما ترسله مؤسسات الإعاقة إلى هذه الصحف؛

(2) اختيار مندوبين متخصصين يناط بهم مهام التعامل مع قضايا الإعاقة؛

(3) تكثيف العناية بالمناشط العلمية وإعداد الموضوعات المتخصصة التي تخدم قضايا الإعاقة والتوعية الاجتماعية؛

(4) الاهتمام بالمصادر الصحية والاجتماعية والتربوية عند معالجة القضايا المرتبطة بالإعاقة. كما أوصى الباحث - فيما يخص مؤسسات الإعاقة - إلى ضرورة الاهتمام بالجوانب الإعلامية وتكثيف الجهود التوعوية، واستغلال اعتمادية وسائل الإعلام على ما تعده مؤسسات الإعاقة بأعداد مواد متعمقة تكون ذات علاقة بمسببات الإعاقة، وطرق الوقاية منها.

---

1 المقوشي، مرجع سابق.

الاتجاهات نحو ذوي الاحتياجات الخاصة:

كان مواطنو مدينة فيلادلفيا بالولايات المتحدة قبل قرنين من الزمان يدفعون رسوما مادية ليسمح لهم بدخول أحد مستشفيات الصحة النفسية ليشاهدوا المرضى في هذا المستشفى1. وفي كتاب عن جنون الإعلام، أشار اوتو واهل **Wahl** الى أن جمهور الإعلام يتسم بالهوس الشديد نحو مشاهدة الأفلام المعنية بموضوعات الاختلال النفسي لدى الأفراد، حيث أشار الباحث إلى أن عشرة في المائة من الأفلام تتضمن شخصيات مختلة عقليا2. وفي استعراض عدد من المشاهد الإعلامية التي تتضمن تغطيات عن

الإعاقات العقلية، أوضحت تريشا انيست**Anest** أن مثل هذه المشاهد تصدمنا كمخالفات لحقوق الإنسان،

1Gabbard, Glen, Steven Hyler and Irving Schneider, "Homicidal Maniacs and Narcissistic Parasites: Stigmatization of Mentally Ill Persons in the Movies", Hospital and Community Psychiatry, pp. 104-108, October, 1991, in , Trish, "Mental Illness and the Media, www. Accd.edu/sac/honors/main/papers02/anest, 2002

2Wahl, Otto Media Madness: Public Images of Mental Illness, New Jersey: Rutgers University Press, 1995, , Trish, "Mental Illness and the Media, www. Accd.edu/sac/honors/main/papers02/anest, 2002

ولكنا لا نزال نسمح لوسائل الإعلام بمثل هذه الانتهاكات. وتستمر وسائل الإعلام خلال العقود الماضية في تصوير الأشخاص من ذوي الإعاقات العقلية في مشاهد سلبية، مما انعكس على بناء صور نمطية دائمة عن هذه الفئات1.

تمثل الدراسات التي تعنى بالاتجاهات نحو ذوي الاحتياجات الخاصة من أهم الدراسات في حقل التأهيل والدمج الاجتماعي، حيث أن الاتجاهات السلبية تعد المعوق الرئيس في تقدم المعاقين نحو الاندماج في المجتمع. وأشار تشن **Chen** الى أن معظم الدراسات في هذا المجال، يمكن تصنيفها في ثلاثة جوانب:

(1) دراسات سيكومترية لتقييم الاتجاهات نحو المعاقين؛

(2) دراسات عن المتغيرات الشخصية والاجتماعية وتأثيرها على الاتجاهات نحو الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة؛

---

1 Anest, Trish, "Mental Illness and the Media, www. Accd.edu/sac/honors/main/papers02/anest, 2002.

(3) دراسات عن الاستراتيجيات التي تساعد على تغيير الاتجاهات السلبية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة1.

في دراسات مسحية عن التوعية بموضوعات الإعاقة في ايرلندا الشمالية، أوضحت نتائج المسح الذي تم خلال عدة سنوات من عام 1997 الى عام 2002م أن نسبة أكبر من غير ذوي الاحتياجات الخاصة يعلمون ببعض الأنظمة والقوانين أكثر من ذوي الاحتياجات الخاصة. وأوضحت الدراسة أن 1% من العينة المسحية أشاروا إلى أن معظم أصدقائهم من ذوي الاحتياجات الخاصة، مما يعكس قلة أو ندرة الاحتكاك مع هذه الفئة. كما أن نسبة كبيرة من المبحوثين في هذه الدراسة يدركون أن ذوي الاحتياجات الخاصة ليس لديهم فرص كافية في شئون الحياة كما يتوفر للأشخاص من غير ذوي الاحتياجات الخاصة. ومن خلال متغير العمر، أوضحت الدراسة أن الأشخاص من الفئات العمرية الكبيرة يملكون اتجاهات أكثر سلبية من الأشخاص الأصغر سنا في هذه العينة 2.

---

1 Chen, Roy K., "Attitudes toward people with disblities in the Social Context of Dating and Marriage: A Comparison of American, Taiwanese and Singaporean College Students", National Rehabilitation Association, www.findarticles.com

2 Center Survey Unit of Northern Ireland Omnibus Survey, www.equalityni.org

أشارت عدد من الدراسات الى أن الاحتكاك بين ذوي الاحتياجات الخاصة وغيرهم من الأشخاص العاديين، حيث أن هذا الاحتكاك المباشر يؤدي الى تقليص الاتجاهات السلبية نحو المعاقين1، حيث أشارت نتائج دراسة عن احتكاك طلاب مدارس ابتدائية عاديين مع طلاب ذوي احتياجات خاصة الى تطور في علاقاتهم وصداقاتهم، ولكن تظل هناك اتجاهات سلبية قائمة في هذا الخصوص2. وفي دراسة على طلاب جامعيين في كل من الولايات المتحدة وتايوان، أوضحت دراسة قام بها تشن Chenالى خبرات الاحتكاك السابقة مع الأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة لأفراد العينتين أظهرت أن مثل هذا المتغير كان عاملا في اكتساب اتجاهات ايجابية نحو هذه الفئة، مقارنة بالأفراد الذين لم يحتكوا سابقا بذوي احتياجات خاصة حيث أظهروا أنهم يحملون اتجاهات سلبية نحو المعاقين3.

---

1 Olson, L. , "Elementary Children's Attitudes Towad Peers With Disabilities", Unpublished Master Thesis, University of Wisconsin 1998.

2 Erickson, E., The Effects of self-concept of Regular Education 7th Graders Who Mentor Junior High School aged Peers With Severe Cognitive Disabilities, Unpublished Master Thesis, University of Wisconsin, 1999,

3 Chen,

وأوضحت Ziegler ثلاثة عوامل تؤدي الى تشكل الاتجاهات السلبية، وهي:

(1) المدرسة، وهي الخلية الأولى في بناء مثل هذه الاتجاهات بسبب الفصل بين الطلاب ذوي الإحتياجات الخاصة وغيرهم من الطلاب العاديين، وبحكم نمذجة التصنيف الذي يقصي المعاقين عن غيرهم من الفئات الأخرى.

(2) وسائل الإعلام، وهي الأدوات التي تشكل المفاهيم والمصطلحات التي يستخدمها الناس للتعرف على الآخرين، ففي دراسة أشارت الى أن حوالي 50% من الإشارات الصحافية كانت لمسميات سلبية عن ذوي الاحتياجات الخاصة، بينما وصلت الإشارات الايجابية الى 1% فقط.

(3) اللغة التي نستخدمها للإشارة الى ذوي الاحتياجات الخاصةفي المخاطبات والأحاديث تتسم عادة بالسلبية[1]. في دراسة أجراها يوكر Yuker أوضح فيها أن الاحتكاكأو الاتصال مع ذوي الاحتياجات الخاصة يمكن أن يكتسب مواقف ايجابية أو مواقف سلبية، حيث أشار الى أن الاحتكاك من خلال شبكة من العلاقات الاجتماعية الحميمة تفرز عادة اتجاهات ايجابية،

---

1 Ziegler, Jassica, "A Critical Analysis of the Literature Surrounding Attitudes Toward People with Disability", A Research Paper for Master of Science, University of Wisconsin, 2001.

اما الاحتكاك عبر علاقات عابرة فتنتج غالبا اتجاهات سلبية، أو تأكيدا لمواقف سلبية. وقد حدد يوكر عددا من العوامل التي تؤثر على الاتجاهات نحو المعاقين الى جانب عامل الاحتكاك الشخصي، ومنها التعليم، وسائل الإعلام، ولكنه استثنى المتغيرات الديموغرافية مثل العمر، المنزلة الاجتماعية والإقتصادية، حيث لم يجد لها

تأييدا بحثيا1. وفي دراسة أخرى قامت بها كل من لوفر وبمبري أثبتت فيها تأكيدا على أن الاحتكاك الشخصي كان عاملا مهما في التأثير على اتجاهات الناس نحو ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث وجدتا تأييدا لفرضية أنه كلما زاد مستوى الاحتكاك بذوي الاحتياجات الخاصة، زادت نسبة الاتجاهات الإيجابية نحو هولاء لأشخاص 2.

وفي دراسة مسحية لحساب هيئة حقوق المعاقين تمت على حوالي ألفي شخص في المملكة المتحدة للتعرف على الاتجاهات نحو الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة خلال عام 2003م،

---

1 Yuker, H. E., "Variables that Influence Attitudes toward People with Disabilities", Journal of Social Behavior and Personality, 9:5, pp. 3-22

2 Lauffer, Kimberly and Sarah Bembry, "Investigating Media Influence on Attitudes toward People with Disablities and euthanasia". Paper oresented to the Association for Education in Journlaism and Mass Communication, New Orleans, 1999.

أشارت نتائج الدراسة الى أن 46% من أفراد العينة يعتقدون أن الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة لا يتم التعامل معهم بطريقة لائقة ومنصفة. وفي سؤال آخر عن نجاح المجتمع في تقديم المكانة المناسبة للمعاقين، رأي 42% من الذكور و33% من الإناث تأييدا لذلك، مما يعكس اختلافا بين توقعات الرجال والنساء في المجتمع البريطاني. و35% يرون أن المعاقين يعانون من صعوباتفي مجال أعمالهم من خلال مرؤوسيهم. وقد اشتملت العينة على عشرةفي المائة من أشخاص لهم إعاقات مختلفة، حيث ذكر 21% منهم أنهم تعرضوا لمضايقات في الأماكن العامة بسبب طبيعة إعاقاتهم.وفي مجال الوعي بحقوق المعاقين،تم سؤال العينة عن مدى معرفتهم بهيئة حقوق المعاقين،أوضحت الدراسة الى 17% فقط من العينة تعلم بمثل هذه الهيئة[1].

قام بالمر **Palmer** وزملاؤه بدراسة مسحية على طلابفي تخصصات الخدمة الانسانية مثل التمريض والطب والخدمة الاجتماعية في عدد من الجامعات الأمريكية في وسط غرب الولايات المتحدة.

---

1 Disability Rights Commision, "The DRC 2003 Attitudes and Awareness Survey". London, 2003 report.

وكان الباحثون يهدفون الى معرفة تأثير متغير المنطقة الحضرية(المدن والأرياف) على تشكل اتجاهات طلاب الجامعات نحو الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة. واستخدمت الدراسة عدة مقاييس لتقدير هذه الاتجاهات، وكان أحدها مقياس يوكر- الذي يعد من أشهر المقاييس المستخدمة لقياس الاتجاه نحو المعاقين - ويتكون هذا المقياس من عشرين نقطة تقيس مدى تقارب الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة من الأشخاص العاديين حسب وجهة نظر المبحوثين. وفي الدراسة المذكورة حاول الباحثون التعرف على الاختلاف في الاتجاهات بين الطلاب القادمين من مدن وزملائهم القادمين من مناطق ريفية فيما يتعلق باتجاهاتهم نحو المعاقين. وبينت الدراسة عدم وجود اختلافات ذات دلالات إحصائية بين المجموعتين[1].وعلى الرغم من الصور السلبية التي تبثها وتنشرها وسائل الاعلام، الا أن كولوكي استعرضت عددا من النقاط لايجابية التي أظهرتها وسائل الإعلام خلال الثلاثين سنة الماضية، وتشكل تحولات مهمة في عملية التغيير المطلوبة من وسائل الإعلام، ومن ذلك على سبيل المثال:

1 Palmer, Glen, Patrick Redinius and Raymond Tervo, "An Examination of Attitudes Toward Disabilities Among College Students: Tural and Urban Differences", Journal of Rural Community Psychology:31, 2000, www.marshall.edu/jrep

(1) ظهور شخصية معاقة في برنامج حديقة السمسم، ،اسمها كاتي تجلس على كرسي متحرك ؛

(2) ظهور شخصيات من ذوي الاحتياجات الخاصة، متلازمة داونأو إعاقات سمعية، في برامج درامية اسبوعية؛

(3) مشاركة عدد من الإعلاميين في BBC في ندوات وحوارات عن الإعلام والإعاقة؛

(4) تنامي الحملات التوعوية لتغيير اتجاهات الناس نحو ذوي الاحتياجات الخاصة في عدد كبير من دول العالم، أوروبا، آسيا، افريقيا، وامريكا الشمالية والجنوبية؛

(5) تنامي ظهور شخصيات في البرامج والإفلام من ذوي الاحتياجات الخاصة، بظهور غير مرتبط بطبيعة اعاقاتهم[1].

---

1 *Ibid.*

وفي دراسة دولية عن اتجاهات المعلمين نحو ذوي الاحتياجات الخاصة في الولايات المتحدة وألمانيا وإسرائيل وغانا وتايوان والفلبين، اتضح من هذه الدراسة أن المعلمين في الولايات المتحدة وألمانيا يحملون اتجاهات أكثر ايجابية من المعلمين في الدول الأخرى، وهذا يعود كما ذكر الباحثون في هذه الدراسة لعدم وجود برامج تدريب وتأهيل للمعلمين لكيفية التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة في تلك الدول1.

في دراسة قام بها الغازو ودودين والقريوتي Alghazo للتعرف على اتجاهات الطلاب - في الكليات التي تزود المدارس يالمعلمين - نحو الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في الأردن والأمارات العربية المتحدة من خلال توزيع استمارت بحثية على طلاب ثلاث جامعات أردنية وجامعة أماراتية بعدد اجمالي وصل الى 597 طالبا وطالبة. وقام الباحثون باستخدام مقياس يوكر للإتجاهات نحو الأشخاص المعاقين، ووجدوا أن اتجاهات المعلمين سلبية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة، بمتوسط في المقياس قدره 62 نقطة.

---

1 Al-Zyoudi, Mohammed, "Teachers' Attitudes Towards Inclusive Education in Jordanian Schools", International Journal of Special Education: 21:2, 2006, p 56.

ولم يكن متغير الاحتكاك بذوي الاحتياجات الخاصة ذا أهمية في تغيير الاتجاهات نحو المعاقين، حيث تساوى متوسط الاتجاهات بين من لم يشهد أي اتصال مع من يتصل كثيرا مع المعاقين (مرة واحدة يوميا على الأقل). كما أن متغير الجنس من الذكور والإناث لم يحمل أي اختلافات ذات دلالات احصائية. وبمقارنة العينة التي تمثل الأردنيين مع العينة التي تمثل الأمارتيين، اتضح وجود فارق، مما يشير الى أن الطلاب الأردنيين هم أكثر ايجابية نحو المعاقين من زملائهم من الطلاب في دول الأمارات العربية المتحدة[1].

وفي بيئة سعودية، أجرى السرطاوي دراسة عن اتجاهات طلاب المرحلة المتوسط نحو المعاقين، وطبق مقياس لوكر لمعرفة اتجاهات هولاء الطلاب نحو المعاقين. وفي محاولة لمعرفة الاتجاهات نحو الإعاقات المختلفة، بنى أربعة نسخ من المقياس - بعد تعديل بعض فقراته، واضافة فقرات أخرى -

1Alghazo, Emad, Hamzah Dodeen and Ibrahim Algaryouti, "Attitudes of Pre-Service Teachers towards Persons with Disabilities: Predictions for the Success of Inclusion", College Student Journal:37:4, 2004,

ليتناسب مع طبيعة كل إعاقة من الإعاقات التي اشتملت عليها الدراسة (عقلية، سمعية، بصرية، جسمية). وكشفت نتائج الدراسة الى اتجاهات ايجابية بصفة عامة. وبتقصي الاتجاهات نحو طبيعة الإعاقة، وجد الباحث أن الاتجاهات نحو ذوي الإعاقات العقلية أقل ايجابية من الاتجاهات نحو الأشخاص في باقي الإعاقات[1].

أسئلة البحث:

وبناء على ما تقدم من مراجعات لأدبيات الدراسة، يمكن وضع عدد من الأسئلة الخاصة بهذه الدراسة، على النحو التالي:

ما مدى اهتمام وسائل الإعلامية السعودية بموضوعات الإعاقة؟ وما الوسائل الأكثر اهتماما دون غيرها من الوسائل الأخرى بشئون الإعاقة في المملكة العربية السعودية؟

ما مدى وحجم الاتصال بين الإعلاميين في المملكة العربية السعودية وبين الأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة؟

1 السرطاوي، زيدان أحمد، "اتجاهات طلاب المرحلة التعليمية المتوسطة نحو المعاقين وعلاقتها ببعض المتغيرات المتعلقة بالإعاقة"، مجلة رسالة التربية وعلم النفس، الجمعية السعودية للعلوم التربوية والنفسية، 2003م.

ما طبيعة الصورة الإعلامية عن ذوي الاحتياجات الخاصة كما يراها الإعلاميون السعوديون؟

ما الاتجاهات التي يحملها الإعلاميون في المملكة العربية السعودية عن ذوي الاحتياجات الخاصة، وما علاقة هذه الاتجاهات بالمتغيرات الديموغرافية والإعلامية؟

ما العلاقة بين الصورة الإعلامية لذوي الاحتياجات الخاصة وبين الاتجاهات التي يحملها الإعلاميون نحو المعاقين؟

الإطار المنهجي للدراسة:

الإعلاميون هم الأشخاص القائمون على إعداد وتحرير وإخراج وإنتاج الرسالة الإعلامية على كافة المستويات النوعية للإعلام من إذاعة وتلفزيون وصحافة ووكالة أنباء. ويطلق بعض الباحثين على ذلك القائم بالاتصال للدلالة على نفس المعنى تقريباً مع استبعاد جزئي للأشخاص الفنيين أو المنتجين المشاركين في صناعة الرسالة الإعلامية[1].

1 قيراط، محمد (2000) "ستون عاما من دراسات القائمين بالاتصال: الدروس المستخلصة والاتجاهات المستقبلية"، الدورية المغربية لبحوث الاتصال: 12، ص ص 129-152.

وتعتمد هذه الدراسة على المفهوم الموسع للإعلاميين التي تشمل كل القائمين على صناعة الرسالة الإعلامية على خمسة مستويات: إعداد الرسالة، تحرير الرسالة، تقديم الرسالة، إنتاج الرسالة، وإدارة الرسالة.وأشارت عدد من الدراسات إلى أن الإعلاميين لم يأخذوا حقهم من الدراسة والبحث، حيث ركزت معظم بحوث ودراسات الاتصال على العناصر الثلاثة الأخرى من العملية الاتصالية: الرسالة والوسيلة والتأثير متجاهلة إلى حد ما عنصر المرسل أو القائم على الاتصال.

تم في هذا البحث استخدام المنهج المسحي لاستطلاع استخدامات منسوبي وسائل الاعلام في المملكة العربية السعودية، حيث تم تصميم استبانة متعددة الأغراض كأداة لجمع المعلومات، اضافة الى استخدام مقياس يوكر للإتجاهات نحو الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة. وتنقسم الاستمارة البحثية الى خمسة أقسام:

أسئلة ديموغرافية (الجنس والجنسية والتعليم والحالة الاجتماعية) ومهنية (طبيعة العمل، ونوع الوسيلة، وسنوات الخبرة).

أسئلة عن المتابعة الإعلامية (طبيعة الاهتمامات الإعلامية، ومدى الاعتماد على الإعلام كمصدر من مصادر المعرفة عن ذوي الاحتياجات الخاصة).

أسئلة عن صورة المعاقين في وسائل الإعلام السعودية من خلال ثمان فقرات، تم وضعها باستخدام طريقة اوسجود **Osgood** حيث تم تحديد ثمان عبارات بقيم ثنائية، وطلب من المبحوثين اختيار القيمة الأقرب الى توقعاتهم عن واقع الصورة في وسائل الإعلام.

أسئلة عن مدى الاتصال بالمعاقين، وطبيعة اعاقات هولاء الأشخاص.

أسئلة عن الاتجاهات نحو المعاقين، حيث تم استخدام مقياس يوكر **Yuker** والذي يتكون من عشرين فقرة، ويطلب من المبحوث أن يستجيب بمدى الموافقة أو عدم الموافقة على كل عبارة.

مقياس الاتجاهات:

يعد مقياس يوكر Yuker من أشهر المقاييس التي تم توظيفها في الدراسات والبحوث لقياس الاتجاهات نحو الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، وهناك أكثر من نسخة لهذا المقياس، وتعد النسخة (O) من الأكثر استخداما في هذا المجال. وتتكون هذه النسخة من المقياس من 20 فقرة، تتمثل في عبارات يتم تقديمها للمبحوث، ويطلب منه ابداء رائه بالموافقة أو الإعتراض في ست خيارات (لاأوافق اطلاقا، لا أوافق، لا أوافق إلى حد ما، موافق الى حد ما، موافق، موافق تماما).وكان يوكر قد وضع ثلاثة نماذج من هذا المقياس A, B, O ، وجميع هذه النماذج متساوية في الهدف، ولكنها تختلف في عدد الفقرات، ففي النموذج A, B توجد ثلاثون فقرة، بينما يتكون النموذج O من عشرين فقرة. ويميل كثير من الباحثين الى استخدام النموذج المختصر لسهولة الاستجابة لها. وجميع هذه النماذج لها درجات صدق وثبات عالية1.

1 Rao, S. "Faculty Attitudes and Students with Disablities in Higher Education: A Literature Review", College Student Journal: 38:2, 2004, pp. 191-98,

وقد تم تعريب هذا المقياس من قبل عدد من الباحثين العرب. وقام كل من الغازو ودودين والقريوتي 1 بدراسة عن اتجاهات طلاب جامعات من الأردن والأمارات العربية

المتحدة نحو المعاقين باستخدام هذا المقياس. كما أن السرطاوي قام بدراسة عن اتجاهات الطلاب في المرحلة المتوسطة نحو المعاقين في مدينة الرياض باستخدام نفس المقياس.

وقام الباحث الحالي بترجمة فقرات المقياس الى اللغة العربية، ومقارنتها بالمقياس الذي ترجمه السرطاوي2.

ويعتمد هذا المقياس على طريقة ليكرت في بناء العبارات واختيار الإجابات المناسبة، الذي يعد من أشهر مقاييس الاتجاهات. وقد طور ليكرتLikert3هذه الطريقة لقياس الاتجاهات في الثلاثينيات الميلادية من القرن العشرين،

---

1 *Alghazo, Emad, Hamzah Dodeen and Ibrahim Algaryouti, "Attitudes of Pre-Service Teachers towards Persons with Disabilities: Predictions for the Success of Inclusion", College Student Journal:37:4, 2004.*

2 السرطاوي، مرجع سابق.

3 *Likert, R. "A Technique for Measurement of Attitudes", Archives of Psychology, 140, pp. 44-53, 1932.*

وتم استخدامه في كثير من دراسات الإتجاهات في العالم. وبموجب هذه الطريقة يتم سؤال المبحوثين عن درجة اتفاقهم و اختلافهم مع عدد من العبارات حول موضوع البحث أو الاستطلاع (موافق تماما، موافق، غير متأكد، غير موافق، غير موافق اطلاقا). وقد استخدمت هذه الدراسة الحالية، الى جانب مقياس لوكر هذا النظام القياسي على عدد من الأسئلة التي عملت هذه الدراسة على توظيفها في جوانب أخرى من الاستمارة.

مقياس الصورة:

تضمنت الدراسة الحالية بعض الأسئلة التي يمكن من خلالها تحديد صورة المعاق في وسائل الإعلام، حيث تم توظيف مقياس تمايز المعاني semantic differentia الذي وضعه اوسجود وزملاؤه Osgood الذي يعد من أسهل الطرق التي يتم استخدامها في قياس الاتجاهات،

حيث لا يحتاج الباحث الى إعداد مقياس في الموضوع، بقدر ما يحدد قيم ذات علاقة بالموضوع 1.وتم لهذه الدراسة الحالية تبني طريقة التمايز المعاني للتعرف على طبيعة الصورة الإعلامية للمعاقين، لقياس ردود أفعال المبحوثين تجاه

مصطلحات أو كلمات تتوزع على خط من معنيين متضادين (قوي ضعيف، سريع بطيء)2. وتحديدا تم وضع ثمان صفات ثنائية الأطراف، تمثل أبعادا مختلفة من الصورة المتوقعة للمعاقين، تم تبنيها من الأدبيات العلمية التي توضح صورة المعاقين في وسائل الإعلام:

شخصية سلبية – شخصية ايجابية

شخصية ضعيفة – شخصية قوية

شخصية اتكالية – شخصية مستقلة

---

1 Osgood, C. P. Tannedbaum and G. Suci, The Measurement Meaning, Urbana: University of Illinois, 1957.

2 Heise, David, "The Semantic Differential and Attitude Research", in Gene Summers (ed.) Attitude Measurement, Chicago: Rand McNally, 1970, pp. 235-53.

شخصية غير مبالية – شخصية مسئولة

شخصية مختلفة عنا – شخصية طبيعية مثلنا

شخصية جاهلة – شخصية متعلمة

شخصية تحتاج الى الشفقة – شخصية تستحق الاحترام

شخصية منحرفة – شخصية مستقيمة

وأعطي المبحوثون سبع خيارات للاستجابة لكل صفة، بتحديد رقم (من 1 الى 7)، حيث تشير الأرقام الأعلى الى الصورة الإيجابية، والأرقام الأقل الى صور سلبية.

الصدق والثبات لمقاييس الدراسة:

أعتمدت هذه الدراسة على الصدق المبني على التحكيم، حيث تم مراجعة ترجمة مقياس يوكر، وكذلك مقياس الصورة الإعلامية من قبل ثلاثة من أساتذة الإعلام والتربية الخاصة في جامعة الملك سعود،

حيث استدل الباحث على صدق محتوى المقياس في البيئة الإعلامية السعودية، وكان الاتفاق بينهم على وضوح المصطلحات والمفاهيم بالنسبة لمقياس الصورة الإعلامية، ودقة الترجمة ووضوح العبارات بالنسية لمقياس الاتجاهات

ليوكر عندما تمت تحويله الى اللغة العربية. أما الثبات، فقد اعتمدت الدراسة الفا كرومبا، حيث بلغت بالنسية لمقياس الاتجاهات ليوكر 0.61، وهذه نسبة جيدة في الدراسات الاجتماعية، حيث أشارت دراسة الغازو ودودين والقريوتي الى قيمة ألفا لقياس ثبات استخدامهم لمقياس يوكر بنسبة 0.61 ، بينما أشارت قيمة الثبات في دراسة السرطاوي التي استخدم فيها مقياس يوكر الى 0.79. أما قيمة ألفا بالنسبة لمقياس الصورة الإعلامية للدراسة الإعلامية فقد بلغت 0.83 وتعد هذه القيمة ذات ثبات عالي لهذا المقياس.

مجتمع وعينة الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة في هذا البحث من منسوبي الأسرة الإعلامية المشتغلين في مختلف أجهزة الإعلام في المملكة العربية السعودية من إذاعة وتلفزيون وصحافة ووكالة أنباء.

وقد قام الباحث بتوزيع استمارة البحث على جميع المؤسسات الاعلامية في مدينةالرياض بمختلف وسائلها: الاذاعة، التلفزيون، وكالة الأنباء السعودية، والصحف اليومية، حيث توجد معظم المؤسسات الإعلامية الرسمية (إذاعة وتلفزيون)، اضافة الى الصحف الوطنية كمراكز رئيسة أو مكاتب رئيسة لهذه الصحف في العاصمة الرياض. وطلب الباحث من مسئولي هذه المؤسسات والإدارات توزيع هذه الاستبانات بطريقة عشوائية على منسوبي تلك المؤسسات في القطاعات التحريرية والادارية والانتاجية، ومن بين أكثر من مأئتي استمارة بحثية، بلغ عدد الاجمالي المستجيب لاستمارة هذا البحث (141) فردا من منسوبي الإعلام، ذكورا واناثا، سعوديين وغير سعوديين، ومن مختلف القطاعات الانتاجية بهذه المؤسسة.

ويظهر جدول (1) توزيع أفراد العينة حسب المتغيرات المؤسسية والمتغيرات الفردية. فقد توزعت العينة حسب المتغيرات الرئيسية للدراسة، وذلك على النحو التالي:

شملت هذه العينة عددا من المؤسسات الإعلامية: وهي التلفزيون بقنواته الثلاث (الأولى، الثانية، الإخبارية)، والإذاعة (البرنامج العام)، ووكالة الأنباء السعودية، اضافة الى الصحف اليومية. وحيث أن الاذعة والتلفزيون ووكالة الأنباء هي مؤسسات رسمية،

بينما الصحافة تعد مؤسسات خاصة لا ترتبط ملكيتها بالدولة، فقد رأت الدراسة توظيف متغير الملكية لأهميته على طبيعة المؤسسات الإعلامية، وتم تقسيمه الى إعلام رسمي (حكومي) وإعلام خاص. وحسب توزيع أفراد العينة تبين أن 50% هم من مؤسسات حكومية رسمية ومثلهم من منسوبي المؤسسات الخاصة المتمثلة في الصحافة.

نوع الوسيلة، حيث تم تقسيم الوسائل الاعلامية الى نوعين من الوسائل، اعلام مطبوع تمثل في الصحافة ووكالة الأنباء، واعلام مرئي/ مسموع تمثل في الاذاعة والتلفزيون، حيث بلغت نسبة أفراد العينة من المنتسبين للاعلام المطبوع.60%، بينما المنتسبين للاعلام المرئي/ المسموع 40%.

طبيعة العمل الإعلامي، حيث قسمت تم تحديد خمسة أقسام حسب مراحل العمل الإعلامي: إعداد الرسالة، تحرير الرسالة، تقديم الرسالة، انتاج الرسالة، إدارة الرسالة. وكان توزيع أفراد العينة يشير إلى أن المنتسبين إلى تحرير الرسالة الإعلامية يشكل أكبر نسبة بحوالي 30%. الجنس،

حيث بلغت نسبة الذكور 81% بينما هي 19% بالنسبة للإناث. وهذا الاختلاف يجسد الواقع التوظيفي في المؤسسات الاعلامية، فمعظم المشتغلين في هذه المؤسسات هم من الذكور.الجنسية، وصلت نسبة أفراد العينة من السعوديين 78% مقابل 22% من الكفاءات غير السعودية التي يتم الاستعانة بها في خدمة مختلف العمليات الاعلامية في المؤسسات الاعلامية في المملكة العربية السعودية. ومعظم الأشخاص غير السعوديين الذي اشتركوا في عينة هذه الدراسة هم من أقطار عربية شقيقة.

الحالة الاجتماعية، حيث أن معظم أفراد العينة هم من المتزوجين، فقد بلغت هذه الفئة حوالي 62%، اما العزاب (ذكورا واناثا) فقد وصلت نسبتهم الى 38%.

المستوى التعليمي، وقد تم تقسيم متغير التعليم الى ثلاث مستويات، هي الثانوية او اقل منها، المستوى الجامعي والمستوى فوق الجامعي من حملة الماجستير والدكتوراة. وأوضحت نسب العينة أن معظم أفراد العينة هم من أصحاب المستويات الجامعية بنسبة كبيرة 62%، بينما الأفراد من حملة الثانوية العامة بلغت نسبتهم 26%، والمستويات التعليمية العليا

وصلت الى حوالي 12%.سنوات الخبرة، وتم توزيع سنوات الخبرة التي يمتلكها كل فرد في العينة الى ثلاث فئات: خمس سنوات فأقل، وخمس سنوات الى خمسة عشر سنة، وأكثر من خمسة عشر سنة. ويبين الجدول أن معظم أفراد العينة هم ذوي خبرات تصل الى أقل من خمس سنوات، ونسبتهم 47%، يليهم من الخبرات المتوسطة بنسبة 29%، ثم الخبرات الطويلة بنسبة 24%.

جدول رقم (1)

توزيع أفراد العينة حسب متغيرات الدراسة

المتغير	القيمة	التكرار	النسبة
ملكية الوسيلة	حكومي	70	50
	خاص	70	50
	المجموع	140	%100
نوع الاعلام	مطبوع	84	60
	الكتروني	56	40
	المجموع	140	%100

طبيعة العمل الإعلامي	إعداد الرسالة	25	18.5
	تحرير الرسالة	40	29.6
	تقديم الرسالة	16	11.9
	انتاج الرسالة	14	10.4
	إدارة الرسالة	17	12.6
	غير ذلك	23	17.0
	المجموع	135	%100
الجنس	ذكور	108	81
	إناث	25	19
	المجموع	133	%100

الجنسية	سعودي	110	78
	غير سعودي	31	22
	المجموع	141	%100
الحالة الاجتماعية	متزوج	84	62
	أعزب	52	38
	المجموع	136	%100
المستوى التعليمي	ثانوي	6	26
	جامعي	88	62
	فوق جامعي	17	12
	المجموع	141	%100

سنوات الخبرة	خمس فاقل	53	47
	من خمسة الى خمسة عشر	33	29
	اكثر من خمسة عشر	27	24
	المجموع	113	%100

اختلاف مجموع أفراد العينة في هذه الفئات عن المجموع العام للعينة يأتي نتيجة غياب معلومات ديموغرافية عند بعض الأفراد.

التحليل الاحصائي:

تم في هذه الدراسة استخدام التوزيع التكراري وما يقابل ذلك من حسابات النسب المئوية للتعرف على الحالة الوصفية لعينة الدراسة من خلال عدد من المتغيرات المؤسسية والفردية ذات العلاقة بموضوع الدراسة. كما تم استخدام اختبار t-test و f-test للتعرف على الدلالات الاحصائية لمقارنات بينية في التصنيفات المختلفة لمتغيرات الدراسة، اضافة الى استخدام معامل الارتباط بيرسون ومعامس ارتباط سبيرمان لقياس العلاقة بين المتغيرات.

نتائج الدراسة:

تم تقسيم نتائج هذه الدراسة الى عدة أقسام على النحو التالي:

متغيرات عن الاهتمامات الإعلامية للإعلاميين في المملكة العربية السعودية.

متغيرات عن إهتمام وسائل الإعلام السعودية بموضوعات الإعاقة.

متغيرات عن مستوى إتصال الإعلاميين في المملكة العربية السعودية بالأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة.

متغيرات عن الصورة الإعلامية لذوي الاحتياجات الخاصة في وسائل الإعلام السعودية كما يراها أفراد العينة من الإعلاميين في المملكة العربية السعودية.

متغيرات عن اتجاهات الإعلاميين السعوديين نحو ذوي الاحتياجات الخاصة.

أولا: الاهتمامات الإعلامية لدى أفراد العينة:

حاولت الدراسة التعرف على طبيعة الاهتمامات الإعلامية لأفراد العينة من خلال دراسة درجة انتظام أفراد العينة في متابعة الوسائل الإعلامية، ومدى اهتمامتهم بنوع وموضوعات هذه البرامج. ويوضح الجدولان التاليان طبيعة هذا الاهتمام، حيث يشير الجدول (2) الى مدى الانتظام في متابعة وسائل الإعلام. ويتضح من هذا الجدول أن الصحافة تحتل المرتبة الأولى في درجة الانتظام الدائم بنسبة 65%، يليها التلفزيون بنسبة 55%، ثم الانترنت بنسبة 46%. وتأتي باقي الوسائل بدرجة أقل. ومن الملاحظ أن وسيلتي الصحافة والتلفزيون هي الوسيلتان المهيمنتان على الواقع الإعلامي للعينة، حيث لا يوجد فرد يمتنع عن متابعة هاتين الوسيلتين، مقارنة بباقي الوسائل.

جدول رقم (2)

مدى الانتظام في متابعة وسائل الإعلام

نوع الوسيلة	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	لا أتابع	المجموع
الصحف	65	20	10.7	4.3	-	%100
المجلات	10.9	29.2	44.5	13.1	2.2	%100
الإذاعة	12.7	32.1	34.3	17.2	3.7	%100
التلفزيون	55.4	29.5	10.8	4.3	-	%100
السينما	13.2	12.4	24.8	27.1	22.5	%100
الإنترنت	46	21.2	15.3	9.5	8	%100

يوضح الجدول (3) مدى انتظام العينة الإعلامية في مختلف أنواع البرامج الإعلامية، حيث تشير نتائج الجدول الى أن هذه العينة ذات طبيعة اهتمام بالأخبار كشكل إعلامي والبرامج الإخبارية كاهتمام مضموني.

ووصلت هذه النسبة الى أكثر من 60%. وتأتي في المرتبة الثانية البرامج الرياضية بنسبة 25%، ثم الثقافية. واذا تم دمج قسمي الانتظام الدائم والانتظام الغالب، نجد استمرار تصدر البرامج الإخبارية بنسبة تصل لحوالي 80%، تليها البرامج الثقافية بنسبة 55%، ثم البرامج الدينية بنسبة 50%.

جدول رقم (3)

مدى الانتظام في متابعة البرامج الإعلامية

الاهتمامات البرامجية	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	لا أتابع	المجموع
إخبارية	60.3	19.1	9.2	10.6	0.7	%100
ترفيهية	14.8	22.2	47.4	12.6	3	%100
فنية	12.8	17.3	34.6	24.1	11.3	%100
رياضية	25	17.6	25.7	19.9	11.8	%100
تعليمية	10.4	22.4	37.7	21.6	8.2	%100
ثقافية	22.8	34.6	27.9	14	0.7	%100
دينية	19.6	29.7	31.2	18.1	1.4	%100

ثانيا: اهتمامات الإعلام السعودي بموضوعات الإعاقة:

من اهتمامات هذه الدراسة الإطلاع على درجة اهتمام وسائل الإعلام السعودية بموضوعات وقضايا الإعاقة كما يراها أصحاب الاختصاص من منسوبي الأسرة الإعلامية السعودية من أفراد عينة الدراسة. وتبين الجداول الأربعة التالية هذه الجوانب. ويبين الجدول التالي (4) مدى الاهتمام العام من قبل وسائل الإعلام بمجال الإعاقة وذوي الاحتياجات الخاصة، حيث يتضح أن التلفزيون يأتي في المقدمة بالاهتمام الكبيرة مقارنة بباقي الوسائل، الا أن هذه النسبة تعد ضعيفة حيث لم تصل الى 17%، ثم تلي ذلك الصحافة بنسبة 15%، ثم الانترنت. وبشكل عام يمكن ملاحظة ضعف اهتمام وسائل الإعلام بشئون الإعاقة، حيث النسبة الكبيرة من أفراد العينة يرون أن اهتمامات وسائل الإعلام السعودية تعد محدودة.

جدول رقم (4)

مدى اهتمام وسائل الإعلام السعودية بالمعاقين

نوع الوسيلة	اهتمام كبير	اهتمام جيد	اهتمام محدود	لا يوجد اهتمام اطلاقاً	لا اعلم	المجموع
الصحافة	15.5	43.7	37.3	2.1	1.4	%100
الإذاعة	4.3	24.1	46.8	9.9	14.9	%100
التلفزيون	16.3	33.3	41.1	7.8	1.4	%100
الإنترنت	10.9	21.2	21.7	9.5	30.7	%100

أما فيما يتعلق بنوع الإعاقة في وسائل الإعلام السعودية، فيبين الجدول (5) مدى الاهتمام بأنواع الإعاقة، حيث يتبين أن الإعاقة الجسدية (الحركية) تحتل مقدمة اهتمام وسائل الإعلام السعودية تحت تصنيف "الاهتمام الدائم"، يليها التوحد، ثم كل من صعوبات التعلم والإعاقة العقلية. وبدمج تصنيفي "دائما" و "غالبا" على أنهما يمثلان درجة اهتمام كبيرة،

يتضح أن الاعاقة الجسدية تظل في المقدمة بنسبة أكثر من 50%، تليها عدد من الإعاقة بنسبة متقاربة، وهي صعوبات التعلم (35.1%)، الإعاقة السمعية (32.6)، الإعاقة العقلية (32.6)، التوحد (32.4)، الإعاقة البصرية (32.3). ويأتي تشتت الانتباه والنشاط الزائد في أدنى مستوى من الاهتمامات الإعلامية.

جدول رقم (5)

مدى اهتمام وسائل الإعلام السعودية بنوع الإعاقة

نوع الإعاقة	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	لا أعلم	المجموع
الجسدية	**20.3**	**32.6**	**34.8**	**6.5**	**5.8**	**%100**
العقلية	**8.7**	**23.9**	**44.9**	**15.2**	**7.2**	**%100**
السمعية	**8**	**24.6**	**45.7**	**15.2**	**6.5**	**%100**
البصرية	**10**	**24.3**	**47.1**	**12.9**	**5.7**	**%100**
السلوكية	**5.1**	**17.6**	**41.9**	**19.9**	**15.4**	**%100**

النطق	5.9	18.4	49.3	18.4	8.1	%100
التوحد	16.2	16.2	42.6	17.6	7.4	%100
الصعوبات	8.8	26.3	37.2	19	8.8	%100
الإنتباه	2.2	15.3	40.9	24.1	17.5	%100
المزدوجة	8	13.9	34.3	25.5	18.2	%100

يوضح جدول (6) اهتمام وسائل الإعلام السعودية بأنواع القضايا الرئيسة للإعاقة. وقد تم تحديد هذه القضايا من خلال بعض الأدبيات العلمية في مجال التربية الخاصة، اضافة الى استشارة عدد من المتخصصين في هذا المجال. ويشير الجدول الى أن موضوع الوقاية من الإعاقة تتصدر اهتمام وسائل الإعلام السعودية، تليها قضاياحقوق المعاقين والدعم المادي لهم وتربية وتعليم المعاقين. هذا على مستوى الاهتمام الدائم كما يراه الإعلاميون. واذا دمجا الاهتمام الدائم مع الاهتمام الغالب في تصنيف واحد،

يمكن النظر الى موضوعات وقضايا الإعاقة على أن الاهتمام الكبير يظل في مجال الوقاية من الإعاقة بنسبة تصل الى حوالي 50%، يليه مباشرة بنسبة مقاربة موضوعات التربية والتعليم للمعاقين (49%)، ثم كل من الطرق العلاجية والتأهيل والتوظيف بنسبة 45% لكل منهما. ومن الملفت أن حقوق المعاقين تأتي في ذيل قائمة الاهتمام من وسائل الإعلام.

جدول رقم (6)

مدى اهتمام وسائل الإعلام السعودية بقضايا الإعاقة

قضايا الإعاقة	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	لا أعلم	المجموع
الوقاية من الإعاقة	14.6	35	35	8.8	6.6	%100
الطرق العلاجية	5.2	40	40.7	9.6	4.4	%100
تربية وتعليم المعاقين	11	38.2	32.4	12.5	5.9	%100
تأهيل وتوظيف المعاقين	7.4	37.5	35.3	14	5.9	%100
دمج المعاقين	8.9	29.6	38.5	14.1	8.9	%100

التكيف الأسري	7.4	26.7	42.2	16.3	7.4	%100
الدعم المادي	11.1	31.1	32.6	16.3	8.9	%100
حقوق المعاقين	11.8	23.5	29.4	22.8	12.5	%100

وضعت الدراسة سؤالا عن المصادر التي يعتمد عليها الإعلاميونفي معرفة معلومات وموضوعات وقضايا عن ذوي الاحتياجات الخاصة، ويبين الجدول (7) هذه المصادر، حيث تم تحديد مصادر إعلامية ومصادر غير إعلامية في هذا السياق. ومن الواضح أن عينة الدراسة تعتمد في الاجمال على كلا النوعين من هذه المصادر، حيث تعتمد على مصادر إعلامية كالصحافة والتلفزيون، وكذلك مصادر غير إعلامية كمؤسسات الإعاقة والمؤتمرات والاتصال بذوي الاحتياجات الخاصة. وبترتيب هذه المصادر حسب أهميتها للإعلاميين يوضح الجدول تصدر الصحافة بنسبة حوالي 39%، يليها التلفزيون بنسبة 37%، ثم الاتصال والاحتكاك بذوي الاحتياجات الخاصة بنسبة 35%، ومؤسسات ومراكز الإعاقة بنسبة 32%.

ومن الملفت أن كلا من المدرسة والجامعة لم تحصل على نسبة عالية جدا مقارنة بباقي المؤسسات. وقد بلغت نسبة من يرى أنهما يمثلان مصادر غير مهمة أو غير مهمة على الإطلاق حوالي 40% للمدرسة وحوالي 30% للجامعة.

ويأتي ذلك، ربما، الى إحساس الإعلاميين أن المؤسسات التعليمية لم تقم بدور توعوي وتعليمي عن ذوي الاحتياجات الخاصة بالشكل المطلوب، أو أن تجاربهم من خلال المدرسة أو الجامعة لم تكن مفيدة في هذا الخصوص.

جدول رقم (7)

مصادر المعلومات والمعرفة الشخصية في مجال الإعاقة

المصادر	مصدر مهم جدا	مصدر مهم	مصدر عادي	مصدر غير مهم	مصدر غير مهم إطلاقا	المجموع
الصحافة	38.8	30.6	23.9	4.5	2.2	%100
الإذاعة	6.9	26	41.2	14.5	11.5	%100
التلفزيون	36.6	26.9	7.5	3	---	%100
المدرسة	22.5	15.5	22.5	27.9	11.6	%100
الجامعة	27.0	9.5	32.5	19	11.9	%100
الكتب	22.8	27.6	25.2	17.1	7.3	%100

مؤسسات الإعاقة	31.8	31.8	20.9	10.1	5.4	%100
مؤتمرات وندوات	29.1	30.7	22	12.6	5.5	%100
أقارب وأصدقاء	21.5	25.4	32.3	15.4	5.4	%100
الاتصال بالمعاقين	34.6	22.3	16.2	16.9	10	%100

ثالثاً: الاتصال بين الإعلاميين وذوي الاحتياجات الخاصة:

الاتصال بذوي الاحتياجات الخاصة هو موضوع الجدول التالي (8)، حيث تم سؤال

أفراد العينة الإعلامية عن مدى اتصالهم بذوي الاحتياجات الخاصة. وتبين نتائج الجدول أن الأسرة الإعلامية في المملكة العربية السعودية ذات اتصال جيد بالأشخاص المعاقين، فـ 20% لهم اتصال بعدد (أكثر من واحد) من المعاقين، بينما أكثر من 30% لديهم قريب داخل الأسرة من هذه الفئة. أما الملفت في هذا الجدول هو أن من بين أفراد العينة يوجد شخص واحد فقط ذكر أنه من ذوي الاحتياجات الخاصة، وهذا يشير الى ان نسبة توظيف ذوي الاحتياجات الخاصة في وسائل الإعلام السعودية هي ضئيلة جدا لا تصل حتى الى واحد في المائة.

جدول رقم (8)

نسبة مستوى الاتصال بين الإعلاميين وذوي الاحتياجات الخاصة

الاتصال بالمعاقين	التكرار	النسبة
لا أعرف أحدا	14	7%
أعرف قريبا في الأسرة	67	31%
أعرف شخصا في المدرسة/ الجامعة	18	8%
أعرف شخصا في العمل	37	17%
أعرف شخصا في الحي	35	16%
أعرف العديد من المعاقين	42	20%
أنا من ذوي الاحتياجات الخاصة	1	%0
المجموع	213	100

يبين الجدول (9) طبيعة نوع الإعاقة للأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يتم الاتصال بهم من قبل أفراد العينة. وتوضح النتائج أن معظم حالات اتصال الإعلاميين كانت مع ذوي الإعاقات الجسدية بنسبة 42%، ثم مع ذوي الإعاقات العقلية بنسبة 24%، وبنسب أقل مع ذوي الإعاقات الأخرى. وهذا يعكس درجات متفاوتة في الاتصال حسب نوع الإعاقة.

جدول رقم (9)

نسبة مستوى الاتصال بين الإعلاميين وذوي الاحتياجات الخاصة حسب نوع الإعاقة

طبيعة الإعاقة لمن نعرفهم من المعاقين	التكرار	النسبة
بصرية	35	19%
سمعية	26	14%
عقلية	44	24%
جسدية	77	42%
إعاقات أخرى	20	19%
المجموع	182	%100

ويوضح الجدول (10) نسبة مستوى الاتصال بين الإعلاميين وذوي الاحتياجات الخاصة حسب نوع الإعاقة،

حيث يتبنين أن ذوي الإعاقات المتوسطة هم النسبة الأكبر من المعاقين الذين يتم التواصل معهم من قبل منسوبي الأسرة الإعلامية في المملكة العربية السعودية، حيث وصلت هذه النسبة الى أكثر من 60%، وتليهم ذوو الإعاقات الشديدة، ثم ذوو الإعاقات البسيطة.

جدول رقم (10)

نسبة مستوى الاتصال بين الإعلاميين وذوي الاحتياجات الخاصة حسب درجة الإعاقة

مستوى الإعاقة لمن نعرفهم من المعاقين	التكرار	النسبة
بسيطة	17	13.1
متوسطة	79	60.8
شديدة	34	26.2
المجموع	130	100

رابعا: الصورة الإعلامية:

حددت هذه الدراسة ثمانية عبارات لتشخيص طبيعة الصورة الإعلامية عن ذوي الاحتياجات الخاصة، وتشكل هذه الأسئلة مجتمعة أبعادا مختلفة عن الصورة الإعلامية. وتم استخدام طريقة تمايز المعاني للتعرف على طبيعة الصورة الإعلامية للمعاقين، لقياس ردود أفعال المبحوثين تجاه مصطلحات أو كلمات تتوزع على خط من معنيين متضادين، وتتراوح القيم التي يختارها المستجيب وفقا لرأيه حول طبيعة الصورة بين (1) وتعني أعلى درجة في السلبية و (7) أعلى درجة في الايجابية، أي أنه كلما زادت الدرجة يعني أن الصورة تميل الى الايجابية، وكلما تناقصت الدرجة اتجهت الصورة الى السلبية. وتقع درجات المقياس الاجمالية بين 1-56 ، بينما تقع نقطة الوسط في 28. فاذا كانت الدرجة أعلى من 28 فهذا يعني أن الصورة تميل الى الايجابية، واذا كانت أقل من 28 فيعني أنها تميل الى السلبية. وفي هذا المقياس بلغى المدى بين أعلى درجة وبين أقل درجة 45 نقطة (أي بين 56-11)، وبمتوسط عام بلغ (34.3). وبالنظر في أبعاد الصورة الإعلامية لذوي الاحتياجات الخاصة في وسائل الإعلام السعودية، يمكن ملاحظة ترتيب هذه الأبعاد الثمانية في المقياس في الجدول (11)، حيث نلاحظ تصدر بعد الشخصية المستقيمة ويليه الشخصية المتعلمة.

جدول رقم (11) ترتيب أبعاد الصورة الإعلامية

البعد	الترتيب	المتوسط	الانحراف المعياري
الشخصية المستقيمة	1	4.8	1.8
الشخصية المتعلمة	2	4.6	1.7
الشخصية الايجابية	3	4.4	1.5
الشخصية المحترمة	4	4.3	2.1
الشخصية المسئولة	5	4.2	1.5
الشخصية القوية	6	4.0	1.4
الشخصية المستقلة	7	3.98	1.6
الشخصية الطبيعية	8	3.97	1.9

ويبين جدول (12) متوسطات مقياس الصورة حسب المتغيرات الرئيسة للدراسة، وجميعها تقع فوق الوسط، أي أن الصورة الإعلامية لذوي الاحتياجات الخاصة في وسائل الإعلام السعودية تتجه نحو الايجابية كما يراها الإعلاميون. والملاحظ في هذا الجدول أن هناك تقاربا بين متغيرات الدراسة، فجميعها تقع بين 32-38 درجة، مما يعني أن أفراد العينة متشابهين الى حد ما في رؤيتهم نحو صورة المعاقين في وسائل الإعلام السعودية. وتحديدا، فإن متغير ملكية الوسيلة يشير الى أن منسوبي الإعلام الخاص يرون أن الصورة الإعلامية عن ذوي الاحتياجات الخاصة هي أكثر ايجابية من منسوبي الإعلام الحكومي، بينما يرى منسوبو الإعلام المسموع/المرئي الصورة أكثر ايجابية من نظرائهم من الإعلام المطبوع. وفيما يتعلق بطبيعة العمل الإعلامي، يتضح أن مقدمي البرامج (الرسائل) يتجهون نحو الايجابية أكثر من نظرائهم في عمليات الإعلام الأخرى، وخاصة من ذوي الأعمال الإدارية. ويوضح الجدول فرقا بين الذكور والإناث، حيث يصل متوسط الإناث في تقديرهم لصورة ذوي الاحتياجات الخاصة في الإعلام الى 37 درجة، بينما بلغ الذكور أقل من 34 درجة، أي أن الاعلاميات في وسائل الإعلام السعودية ينظرون الى كون الإعلام السعودي يقدم صورة أكثر ايجابية من نظرائهم الرجال.

ونفس النتيجة بالنسبة للجنسية، فغير السعوديين من المشتغلين في مؤسسات الإعلام السعودي لديهم تقدير أفضل عن صورة المعاقين من نظرائهم السعوديين. وبينما تتقارب فئتا الحالة الاجتماعية من متزوجين وعزاب في تقدير الصورة، يوجد اختلاف في متغير المستوى التعليمي،حيث ينخفض تقدير الصورة كلما زاد المستوى التعليمي، أي أن ذوي التعليم العالي ينظرون الى أن صورة ذوي الاحتياجات الخاصة هي أقل ايجابية من ذوي المستويات التعليمية الأقل. وأخيرا، فإن ذوي الخبرات الإعلامية الأقل (خمس سنوات فأقل) يعطون الصورة تقديرا أعلى من نظرائهم ذوي الخبرات الأعلى.

جدول رقم (12)

المتوسط والانحراف المعياري للصورة الإعلامية حسب متغيرات الدراسة

المتغير	القيمة	المتوسط	الانحراف المعياري
ملكية الوسيلة	حكومي	**33.8**	**9.11**
	خاص	**34.7**	**9.47**
نوع الإعلام	مطبوع	**33.2**	**8.99**
	الكتروني	**35.8**	**9.58**

طبيعة العمل	إعداد الرسالة	34.9	8.99
	تحرير الرسالة	33.0	9.49
	تقديم الرسالة	36.1	12.73
	إنتاج الرسالة	33.9	9.51
	إدارة الرسالة	32.5	8.42
الجنس	ذكور	33.9	9.26
	إناث	37.0	9.36

الجنسية	سعوديون	33.4	9.18
	غير سعوديين	37.6	9.13
الحالة الاجتماعية	عزاب	33.0	8.83
	متزوجون	34.8	9.67
المستوى التعليمي	ثانوي	36.6	7.64
	جامعي	33.8	9.85
	فوق جامعي	33.1	8.68

سنوات الخبرة	خمس فاقل	36.2	8.31
	من خمسة الى خمسة عشر	32.5	8.35
	اكثر من خمسة عشر	34.9	9.97

خامسا: اتجاهات الإعلاميين نحو ذوي الاحتياجات الخاصة:

استخدمت هذه الدراسة مقياس يوكر لقياس اتجاهات منسوبي الإعلام في المؤسسات الإعلامية في المملكة العربية السعودية. وسبق الإشارة الى تفاصيل هذا المقياس، وأوضحت الدراسة أن المدى بين اعلى درجة وأقل درجة كان أربعين درجة (91-51)، وبمتوسط بلغ 72.5،

وأشارت دراسات أخرى الى متوسطات أقل وأكثر من المتوسط في هذه الدراسة. ويبين الجدول (13) المتوسط والانحراف المعياري لهذا المقياس حسب متغيرات الدراسة، حيث يتبين في متغير الملكية الإعلامية، أن الإعلاميين في القطاعات الإعلامية الحكومية هم أكثر ايجابية في اتجاهاتهم نحو ذوي الاحتياجات الخاصة من نظرائهم في المؤسسات الإعلامية الخاصة، بمعنى آخر أن منسوبي الإذاعة والتلفزيون ووكالة الأنباء هم أكثر ايجابية في اتجاهاتهم من منسوبي الصحافة. وباستخدام اختبار t-test تبين أن هذه الفروق ذات دلالة احصائية على مستوى 05.ونفس النتيجة بالنسبة لتقسيمات الإعلام حسب نوعه (إعلام مطبوع، وإعلام مسموع/مرئي)، حيث اتضح من الجدول أن فروقات بين هاتين الفئيتين، لصالح الإعلام المطبوع الذي يحمل اتجاها ايجابيا أكثر من منسوبي الإعلام المسموع والمرئي. وأوضحت الدراسة فروقا ذات دلالة احصائية.

وبالنظر في متغير طبيعة العمل الإعلامي، يمكن الإشارة الى وجود اختلافات في المتوسط بين معدي، ومحرري، ومقدمي، ومنتج، وإداريي العمل الإعلامي، ولكن بتطبيق اختبار f-test لم يتبين وجود اختلافات ذات دلالات احصائية. وبتحليل الفروق في المتوسطات بين الذكور والإناث، او السعوديين وغير السعوديين تبين وجود فروق لصالح الذكور ولصالح غير السعوديين،

حيث تحمل هاتان الفئتان اتجاهات ايجابية أكثر من نظرائهم، ولكن لا تعكس هذه الاختلافات دلالات احصائية. ويتبين من متغير المستوى التعليمي أن حاملي الدرجات العليا من الماجستير والدكتوراه هم أكثر المستويات التعليمية في الاتجاه الايجابي نحو ذوي الاحتياجات الخاصة. حيث يبلغ متوسطهم حوالي 77درجة، بينما متوسط فئة الجامعيين حوالي 71 درجة. وأخيرا في هذا الجدول، يتبين اختلافات في متوسطات فئات الخبرة الإعلامية، فيتصدر أصحاب الخبرات المتوسطة (من خمسة الى خمسة عشر سنة) باقي الفئات، ولكن هذا الاختلاف لا ينعكس في شكل دلالة إحصائية. ويوضح الجدول (14) الدلالات الإحصائية لمقياس الاتجاهات مع عدد من المتغيرات ذات العلاقة، كما تمت الإشارة إلى ذلك سابقا.

جدول رقم (13)

المتوسط والانحراف المعياري لمقياس الاتجاهات حسب متغيرات الدراسة

المتغير	القيمة	المتوسط	الانحراف المعياري
ملكية الوسيلة	حكومي	75.43	9.45
	خاص	70.56	8.42
نوع الإعلام	مطبوع	74.48	9.09
	الكتروني	70.21	8.70

طبيعة العمل	إعداد الرسالة	68.57	8.41
	تحرير الرسالة	74.42	8.83
	تقديم الرسالة	70.16	8.37
	إنتاج الرسالة	73.00	12.60
	إدارة الرسالة	74.37	9.66
الجنس	ذكور	73.59	9.28
	إناث	70.55	8.75
الجنسية	سعوديون	72.16	7.87
	غير سعوديين	73.72	12.71
الحالة الاجتماعية	عزاب	71.46	8.66
	متزوجون	73.17	9.70

المستوى التعليمي	ثانوي	73.04	7.82
	جامعي	71.35	9.31
	فوق جامعي	76.90	10.22
سنوات الخبرة	خمس فاقل	69.87	8.44
	من خمسة الى خمسة عشر	74.76	9.45
	اكثر من خمسة عشر	71.00	8.86

جدول رقم (14) العلاقة بين الاتجاهات وبعض متغيرات الدراسة

المتغير	قيمة الارتباط	نوع الارتباط	درجة الدلالة
ملكية الوسيلة	264. -	Spearman	* 018 .
نوع الإعلام	- 236.	Spearman	* 036 .
الاتصال بالمعاقين	068. -	Pearson	.556
التعليم	. 072	Pearson	.525
الجنس	- 123.	Spearman	.291
الجنسية	. 079	Spearman	.485
الحالة الاجتماعية	.070	Spearman	.540
سنوات الخبرة	.064	Pearson	.611

* دالة إحصائيا على مستوى 05.

وتوضح الجداول التالية متوسطات مقياس الاتجاهات حسب عدد من المتغيرات الإعلامية ، بهدف معرفة العلاقة بين مثل هذه المتغيرات وبين الاتجاهات نحو ذوي الاحتياجات الخاصة. فيوضح الجدول (15) متوسط درجات المقياس حسب المتابعة الإعلامية لأفراد العينة، وتحديدا لفئتي من يتابع دائما ومن يتابع نادرا لكل وسيلة من الوسائل الإعلامية. ويتضح من الجدول أن الفروقات تراوح بين ست درجات وبين .2-، ومن الملفت أن من يتابع ويشاهد السينما بشكل منتظم (إما داخليا في أماكن معينة في المملكة، او خارجيا خلال السفر خارج المملكة) هو أكثر الاتجاهات ايجابية ممن لا يشاهدها او يندر مشاهدته لها. ومن الملاحظ عامة أن من يتابع وسائل الإعلام بانتظام هو الأكثر ايجابية من غيره ممن يندر متابعتهم لوسائل الإعلام. وهذه نتيجة مثيرة، تطرح سؤالا عن هل مجرد المتابعة بذاتها تبني هذه الاتجاهات الايجابية، أو أن المضامين التي تبثها وسائل

الإعلام هي التي تؤثر على الاتجاهات. وهذه الدراسة لم تتصدى لمثل هذا السؤال.

جدول رقم (15)

متوسط مقياس الاتجاهات حسب المتابعة الاعلامية

الاتجاهات	دائماً	نادراً	الفرق
المجلات	73.2	69.3	3.9
المجلات	73.6	73.8	0.2 -
الاذاعة	71.2	68.7	2.5
التلفزيون	72.4	69.3	3.1
السينما	77.0	71	6.0
الانترنت	70.9	69.5	1.4

يبين الجدول (16) متوسط الاتجاهات بحسب مقياس يوكر نحو ذوي الاحتياجات الخاصة وذلك وفق الاهتمامات البرامجية لأفراد العينة. ويتضح من الجدول أن الأفراد ذوي الاهتمامات الدينية يتصدرون باقي ذوي الاهتمامات الأخرى،

حيث يصل متوسط المتابعين الدائمين للبرامج الدينية أكثر من 77 درجة بينما يقل غيرهم من متابعي البرامج الأخرى. وفي أغلب الحالات يتضح أن المتابعين الدائمين للبرامج هم أكثر ايجابية نحو المعاقين مقارنة بمن لا يتابع او يتابع هذه البرامج بصفة نادرة، عدا استثناء واحد هو عن متابعي البرامج الترفيهية، فهم أقل في المتوسط ممن لا يتابع او يتابع نادرا لمثل هذه البرامج. بمعنى أن الأقل متابعة للبرامج الترفيهية هم أكثر ايجابية من الأشخاص ألأكثر متابعة لهذه البرامج. ولكن يجب التنويه أن هذ الفروقات لا تساندها دلالات احصائية، وانما الأرقام تعطي مؤشرات عامة.

جدول رقم (16)

متوسط مقياس الاتجاهات حسب الاهتمامات الاعلامية

الاهتمامات	دائماً	نادراً
الاخبارية	**73.9**	**71.6**
الترفيهية	**73.3**	**76.4**
الفنية	**75.6**	**70**
الرياضية	**73**	**74.7**
الثقافية	**71.7**	**70.5**
التعليمية	**72.5**	**69.6**
الدينية	**77.5**	**74.1**

يوضح الجدول التالي متوسط درجات مقياس الاتجاهات حسب مستوى الاتصال بالأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة.

وقد تم طلب تحديد نوع الاتصال (الاحتكاك) عبر عدد من الأسئلة، منها وجود معاق يتم التواصل معه (او معهم) في الأسرة، او في المدرسة اوالجامعة او العمل. ويبين الجدول (17) أن الأشخاص الذيت يتواصلون مع العديد من ذوي الاحتاجات الخاصة هم من يحمل اتجاهات ايجابية أكثر من غيرهم ممنلا يتواصلون او لا يعرفون أحدا من ذوي الاحتياجات الخاصة. أما في نوع التواصل مع ذوي الاحتياجات الخاصة، فيوضح الجدول أن من بين الإعلاميين الذين يوجد في أسرتهم واحد من المعاقين هم أكثر اتجاها ايجابيا من الإعلاميين الذين يعرفون أحدا في العمل او المدرسة او الجامعة، وهذا بطبيعة الحال نتيجة التواصل المستمر مع هولاء الأشخاص داخل محيط الأسرة.

جدول رقم (17)

متوسط مقياس الاتجاهات حسب مستوى الاتصال بذوي الاحتياجات الخاصة

مستوى الاتصال	دائماً
أعرف العديد من الأشخاص	**74.31**
أعرف شخصاً في أسرتي	**73.14**
أعرف شخصاً في المدرسة/ الجامعة	**70.64**
أعرف شخصاً في العمل	**70.50**
أعرف شخصاً في العمل	**70.50**
لا أعرف أحداً	**70.50**

ملخص النتائج والمناقشة:

تعد هذه الدراسة الأولى – حسب معرفة الباحث - في المملكة العربية السعودية، التي بحثت في اتجاهات منسوبي الأسرة الإعلامية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة، ووظفت الدراسة مقياس يوكر وهو من أشهر المقاييس التي تم استخدامها في عدد كبير من الدراسات ورسائل الماجستير والدكتوراه في مختلف دول العالم لقياس الاتجاه نحو ذوي الاحتياجات الخاصة. وشملت عينة الدراسة 141 من منسوبي الأسرة الإعلامية في المملكة من مختلف المؤسسات الإعلامية المقروءة والمسموعة والمرئية.

وسعت الدراسة الى الإجابة عن الأسئلة الأساسية التالية:

ما مدى اهتمام وسائل الإعلامية السعودية بموضوعات الإعاقة؟ وما الوسائل الأكثر اهتماما دون غيرها من الوسائل الأخرى بشئون الإعاقة في المملكة العربية السعودية؟

ما مدى وحجم الاتصال بين الإعلاميين في المملكة العربية السعودية وبين الأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة؟

ما طبيعة الصورة الإعلامية عن ذوي الاحتياجات الخاصة كما يراها الإعلاميون السعوديون؟

ما الاتجاهات التي يحملها الإعلاميون في المملكة العربية السعودية عن ذوي الاحتياجات الخاصة، وما علاقة هذه الاتجاهات بالمتغيرات الديموغرافية والإعلامية؟

وفيما يلي تلخيص بأهم النتائج التي وصلت إليها هذه الدراسة:

يرى الإعلاميون في المملكة العربية السعودية أن اهتمام وسائل الإعلام بذوي الاحتياجات الخاصة محدود، ويأتي التلفزيون في مقدمة الوسائل التي تعطي اهتماما بهذه الفئات، وتليها الصحافة، ثم الانترنت.

تقدمت الإعاقة الحركية (الجسدية) على باقي الإعاقات الأخرى في استقطاب اهتمام وسائل الإعلام السعودية، ثم في درجة ثانية متقاربة تأتي صعوبات التعلم، والإعاقة السمعية، والإعاقة العقلية، والتوحد، والإعاقة البصرية، ويأتي آخرا تشتت الانتباه والنشاط الزائد.

وفيما يتعلق بقضايا وموضوعات الإعاقة، أوضحت الدراسة أن موضوع الوقاية من الإعاقة هو أبرز الموضوعات التي تستقطب التغطيات الإعلامية عن ذوي الاحتياجات الخاصة، تليها مباشرة موضوعات التربية والتعليم، وموضوعات الطرق العلاجية، وموضوعات التأهيل والتوظيف، بينما تقع حقوق المعاقين في نهاية القائمة بين موضوعات وقضايا الاحتياجات الخاصة.

ويعتمد الإعلاميون على عدد من المصادر التي يستقون معلوماتهم عن ذوي الاحتياجات الخاصة، وتأتي الصحافة أولا، والتلفزيون ثانيا، والمعاقين ثالثا من خلال الاتصال معهم والاحتكاك بهم. كما أشارت الدراسة الى وجود مصادر غير إعلامية يستزيد منها الإعلاميون بمعلوماتهم عن المعاقين، ومنها مؤسسات الإعاقة،

والمؤتمرات والندوات ورش العمل عن ذوي الاحتياجات الخاصة. ومن الملاحظ أن لمؤسسات التعليمية مثل المدرسة والجامعة لم تتقدم على المؤسسات الأخرى، رغم أولويتها المتوقعة على باقي المؤسسات.وبخصوص التواصل بين ألإعلاميين وذوي الاحتياجات الخاصة، أشارت نتائج الدراسة الى تواصل جيد بين هاتين الفئتين، وتحديدا يوجد 30% من الإعلاميين لديهم معاق داخل الأسرة، وعشرون في المائة لديهم تواصل مع أكثر من شخص معاق، كما لم يشر الا 7% من الإعلاميين الي كونهم لا يعرفون أحدا من المعاقين. وفي جانب آخر أوضحت الدراسة الى أن حوالي 40% من الأشخاص الذين يتواصل معهم الإعلاميون من بين ذوي الاحتياجات الخاصة هم من ذوي الإعاقات الحركية، كما أن 60% من الإعلاميين لديهم اتصال مع ذوي الإعاقات المتوسطة.

بينت الدراسة في تحليلها للصورة الإعلامية لذوي الاحتياجات الخاصة كما يراها الإعلاميون في المملكة، أن الصورة تتسم بالايجابية أكثر من السلبية، وعلى مقياس الصورة الذي يبلغ متوسطه الذي يمثل الحيادية 28 درجة، وصل متوسط المقياس بالنسبة للعينة الإعلامية حوالي 34 درجة، مما يعني أن الميل هو الى الاتجاه الإيجابي، حيث يرى الإعلاميون في المؤسسات الإعلامية السعودية أن صورة ذوي الاحتياجات الخاصة هي ايجابية. وبالنظر في أبعاد المقياس أوضحت الدراسة أن الأبعاد الثمانية تقع جميعها في الجانب الايجابي، ولكن بدرجات متفاوتة، وكان في المقدمة البعد الخاص بدرجة استقامة ذوي الاحتياجات الخاصة وأنهم ليسوا من الشخصيات التي تسجل انحرافات اجتماعية، كما هي الصورة في بعض الأفلام الدرامية الخارجية، أي أنهم شخصيات مستقيمة اجتماعيا وسلوكيا كما تظهرهم

وسائل الإعلام السعودية. وتأتي بعد ذلك الشخصية المتعلمة، وثالثا الشخصية الايجابية من بين أبعاد الصورة الإعلامية للمعاقين. هدفت الدراسة إلى التعرف على اتجاهات الإعلاميين، وتم استخدام مقياس يوكر لقياس الاتجاهات نحو المعاقين (نموذج o)، والمكون من عشرين فقرة تقيس مدى قرب المستجيبين من الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة.

وأوضحت النتائج أن المتوسط العام يشير إلى اتجاهات ايجابية للإعلاميين نحو المعاقين. وأشارت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالات إحصائية في بعض المتغيرات، مثل متغير ملكية المؤسسات، حيث اتضح أن منسوبي المؤسسات الحكومية هم أكثر ايجابية في اتجاهاتهم من منسوبي القطاعات الإعلامية الخاصة. وفي متغير نوع الوسيلة اتضح أن منسوبي الإعلام المطبوع هم أكثر ايجابية من نظرائهم في الإعلام المسموع والمرئي. أما باقي المتغيرات مثل الجنس والجنسية وسنوات الخبرة والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية وسنوات الخبرة، فعلى الرغم من وجود فروقات بين قيم كل متغير، الا أن هذه الفروقات لم تجد الدلالات الإحصائية التي تدعمها.

وفي نفس موضوع الاتجاهات، أشارت الدراسة إلى أن مستوى التواصل بين الإعلاميين وبين الأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة ذو علاقة توضح أن زيادة الاتصال يعني اتجاهات ايجابية اكثر من غياب مثل هذا الاتصال، فمتوسط مقياس الاتجاه لمن له تواصل مع عدد من المعاقين أكبر من 74 درجة، بينما الأشخاص الذين لا يعرفون أحدا من المعاقين متوسط اتجاهاتهم حوالي 70 نقطة.

الفصل الثالث
حالات حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في الإعلام الطبى الدولى

الأحكام العامة للإتفاقية:المواد من (1- 4)

عرفت المادة (2) من قانون حقوق الأشخاص المعوقين رقم 31 لسنة 2007 الشخص المعوق بأنه "كل شخص مصاب بقصور كلي أو جزئي بشكل مستقر في أي من حواسه أو قدراته الجسمية أو النفسية أو العقلية إلى المدى الذي يحد من إمكانية التعلم أو التأهيل أو العمل بحيث لا يستطيع تلبية متطلبات حياته العادية في ظروف أمثاله من غير المعوقين".وينسجم هذا التعريف مع فلسفة الإتفاقية من حيث نظرته للاشخاص ذوي الإعاقة بصفتهم أشخاص كاملي الحقوق إلا أنه لايشير صراحةً إلى دور العقبات والحواجز البيئية والثقافية والتشريعية في الحد من المشاركة الكاملة.

بالرغم من عدم إشارة التعريف إلى العوائق البيئية إلا أن صياغته الحالية تحقق أهداف حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على الخدمات من المؤسسات المزودة لها. وقد عملت الأستراتيجية الوطنية للأشخاص ذوي الإعاقة على تبني تعريفاً يتوافق مع التعريف الوارد في الإتفاقية الدولية.

يرتبط تصنيف الإعاقات بالتعريف الوارد في التشريع الوطني وتعتمد وزارة الصحة تصنيف الإعاقات حسب آلية التشخيص في مركز تشخيص الإعاقات (العقلية، والسمعية، والبصرية، والحركية). [1]

1 كتاب وزارة الصحة رقم م أ ط / الأشخاص المعوقين / 166 تاريخ 21 / 2 / 2012 للمجلس الأعلى حول تصنيفات الإعاقة.

بالرغم من التقدير العالمي لحجم الإعاقة والذي يقدر ب (10 %) من مجموع السكان إلا أن البيانات المتوفرة حول حجمها في المملكة الأردنية الهاشمية لا يزال محدودة نسبياً 1، وذلك لعوامل ثقافية وفنية متعددة. وتستند البيانات المتوفرة إلى نتائج المسوحات الجزئية وتقارير مراكز التشخيص والمؤسسات الخدمية، ويشير هذا الواقع إلى وجود حاجة ملحة لإجراء مسح دقيق وشامل للتعرف على حجم ونوعية

1 بيانات تعداد السكان والمساكن لعام 2004 نسبة الإعاقة في المملكة (1,23 %)

- مركز تشخيص الإعاقات التابع لوزارة الصحة يقوم بتشخيص الحالات من الولادة ولغاية 18 سنة ، قد شخص (40259) حالة إعاقة من عام 1990 وحتى نهاية عام 2009 .
- تشير بيانات مديرية شؤون المعوقين في وزارة التنمية الاجتماعية إلى أن عدد الحالات التي تم تشخيصها في مركز الكشف المبكر عن الإعاقات والتأهيل المجتمعي في منطقة تل المنطح ومركز الكشف المبكر عن الإعاقات في منطقة حطين بلغت (2941) حالة خلال الأعوام 2007 – 2009 .
- لم تصدر اللجان الطبية اللوائية التابعة لوزارة الصحة وهي الجهة المسؤولة عن تشخيص الحالات لمن تزيد أعمارهم عن (18) عاماً أية تقارير توضح أعداد الذين تم تشخيصهم .
- قام برنامج التأهيل المجتمعي التابع للمجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين وبالتعاون مع منظمة الهاندي كاب انترناشونال وجمعية سيدات الضليل بإجراء مسح في منطقة الضليل (من منزل لمنزل) عام 2009 حيث بلغت نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة في المنطقة (4,8 %)
- بدأ المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين في إرساء قواعد بنك معلومات وطني يتضمن البيانات الكاملة عن الأشخاص ذوي الإعاقة ونوع الخدمات المقدمة لهم. وإجراء المسوحات الميدانية الشاملة (بيت لبيت) بالتعاون مع الجمعيات المحلية من خلال برامج التأهيل المجتمعي.
- ساهم المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين مع دائرة الإحصاءات العامة في تضمين قضايا الإعاقة في مجموعة من المسوحات التي تجريها الدائرة دورياً ، ومنها: مسح فرص العمل المستحدثة ، ومسح الإستخدام وتعويضات العاملين ، وسلسلة المسوح الاقتصادية ، كما تم مراجعة وتعديل الجزء الخاص بمسح الأشخاص ذوي الإعاقة في مسح السكان والمساكن والذي سينفذ عام 2014 .

وطبيعة وانتشار الإعاقة، ومستوى الخدمات، والتسهيلات المتوفرة لذوي الإعاقة، والعقبات والعوائق التي يواجهونها والتي تحد من مستوى استمتاعهم بحقوقهم.

اشتمل القانون النافذ على تعريفات للمفاهيم التالية:

التمييز على أساس الإعاقة بأنه: "كل حد أو تقييد أو استبعاد أو إبطال أو إنكار مرجعه الإعاقة، لأي من الحقوق أو الحريات المقررة في هذا القانون أو في أي قانون آخـر". إلا أن هذا التعريف لم يشتمل على مفهوم الحرمان من الترتيبات التيسيرية المعقولة.

مفهوم الترتيبات التيسيرية المعقولة والتي سميت بالتجهيزات المعقولة وهي "التجهيزات اللازمة لمواءمة الظروف البيئية من حيث المكان والزمان وتوفير المعدات والأدوات والوسائل المساعدة حيثما كان ذلك لازماً لضمان ممارسة الأشخاص المعوقين لحقوقهم على قدم المساواة مع الآخرين، على أن لا يرتب ذلك ضررا جسيما بالجهة المعنية". هذا وقد أكدت المادة

(3) من نفس القانون على مبدأ توفير التجهيزات المعقولة لتمكين الشخص المعوق من التمتع بحق أو حرية ما، أو لتمكينه من الاستفادة من خدمة معينة. كما تضمنت المادة (4) والتي تتعلق بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة تأكيداً على توفير التجهيزات المعقولة. لم يتم تعريف الاتصال واللغة بشكل مباشر في القانون النافذ واقتصرت الإشارة في هذا المفهوم على البنود المتعلقة بالتعليم والتعليم العالي. (مادة 4/ب/3 ، 4/ب/9).لم يشتمل القانون النافذ على تعريف التصميم العام الواردفي الإتفاقية الدولية واكتفى بالإشارة للتسهيلات البيئية المتعلقة بالبناء، ووسائل النقل العام، والوصول إلى تكنولجيا المعلومات في المادة (4/هـ).

كفل الدستور الأردني مبدأ احترام كرامة الأشخاص المتأصلة واستقلالهم الذاتي بما في ذلك حرية تقرير خياراتهم بأنفسهم واستقلاليتهم في المادة(7) منه.وقد ترجم هذا المبدأ في رؤية الاستراتيجية الوطنية للأشخاص ذوي الإعاقات والتي نصت على "إيجاد مجتمع يتمتع فيه الأشخاص ذوي الإعاقة بحياة كريمة مستدامة تحقق لهم المشاركة الفاعلة القائمة على الإنصاف والمساواة".

نص الدستور الأردني على مبدأ المساواه وعدم التمييز في المادة(6)، كما عرف القانون النافذ التمييز على أساس الإعاقة في المادة الثانية، ومع ذلك يشكو الأشخاص الذين يعانون من التمييز من قلة المعرفة بالآليات التي تضمن تطبيق هذه المبادئ وتستجيب لحالات التمييز التي يتعرضون لها.

تضمن القانون النافذ نصوصاً تكفل مشاركة وإشراك الأشخاص ذوي الإعاقة بصورة كاملة وفعالةفي المجتمع وقد ورد ذلك في:تعريف الدمج الوارد في المادة (2) وهو "التدابير والبرامج والخطط والسياسات التيتهدف إلى تحقيق المشاركة الكاملة للشخص المعوق في شتى مناحي الحياة دون أي شكل من أشكال التمييز وعلى قدم المساواة مع الآخرين".شمول القانون النافذ على مجموعة من المبادئ والأحكام التي تكفل المشاركة الكاملة للاشخاص ذوي الإعاقةفي وضع الخطط والبرامج وصنع القرارات الخاصة بهم. كذلك الدمج في شتى مناحي الحياة والمجالات وعلى مختلف الصعد بما في ذلك شمولهم بالخطط التنموية الشاملة. اشراك الأشخاص ذوي الإعاقة في وضع السياسات والتشريعات والبرامج الكفيلة بإدماجهم من خلال تمثيلهم في المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين

بواقع ثلث الأعضاء.وجود نصوص قانونية تلزم إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة في برامج مؤسسات التعليم، والصحة، والعمل، والحياة الإجتماعية والسياسية والعامة، والرياضة، والثقافة والترويح. من الأمثلة على ذلك المشاركة الفاعلة للأشخاص ذوي الإعاقة ومنظماتهم إلى جانب المنظمات التي تمثلهمفي إعداد الاستراتيجية الوطنية والقانون النافذ ومراحل إعداد هذا التقرير. إضافة إلى مشاركتهم الفاعلة في مجال التوعية والتثقيف بحقوقهم مثل حملة "تحريم وتجريم استئصال الأرحام للمعوقات ذهنياً " وحملة "تكافؤ" لضمان المشاركة السياسية لهم .فيما يخص مبدأ احترام الفوارق وقبول الأشخاص ذوي الإعاقة كجزء من التنوع البشري والطبيعة البشرية فقد نص القانون النافذ على ذلك في المادة (3/ز).1

---

1) تنص المادة (3) من قانون حقوق الأشـــخاص المعوقين رقم 31 لســـنة 2007 على "تنبثق فلســـفة المملكة تجاه المواطنين المعوقين من القيم العربية الإســـلامية والدســـتور الأردني والإعلان العالمي لحقوق الإنسان والمبادىء والأحكام المنصوص عليها في الاتفاقيات الدولية المتعلقة بحقوق الأشـــخاص المعوقين وتؤكد على المرتكزات التالية : ز- قبول الأشـــخاص المعوقين بإعتبارهم جزءاً من طبيعة التنوع البشري" .

كفل الدستور الأردني مبدأ تكافؤ الفرص في المادة (6 / 2) 1 منه، كما أكد عليه القانون النافذ في المادة (3/ج) 2 واشتملت مبادئ الاستراتيجية الوطنية في مرحلتها الثانية على هذا المبدأ.

تناولت التشريعات والسياسات الحق في سهولة الوصول وقد جاء ذلك في المادة (4 / هـ)3 من القانون النافذ وأفردت الاستراتيجية الوطنية محوراً خاصاً لذلك.

---

1) نصت المادة (6 / 2) من الدستور الأردني على : تكفل الدولة العمل والتعليم ضمن حدود امكانياتها وتكفل الطمأنينة وتكافؤ الفرص لجميع الأردنيين.

2) نص المادة (3 / ج) من قانون حقوق الأشخاص المعوقين النافذ " تكافؤ الفرص و عدم التمييز بين الأشخاص على أساس الإعاقة" .

3) تنص المادة (4 / ه) من قانون حقوق الأشخاص المعوقين النافذ على:

1 . تطبيق كودة متطلبات البناء الوطني الرسمي الخاص بالأشخاص المعوقين الصادرة عن الجهة ذات العلاقة في جميع الأبنية في القطاعين العام والخاص والمتاحة للجمهور ويطبق ذلك على الأبنية القائمة ما أمكن.

2 . عدم منح تراخيص البناء لأية جهة إلا بعد التأكد من الالتزام بالأحكام الواردة في البند رقم (1) من هذه الفقرة.

3 . تأمين كل من شركات النقل العام والمكاتب السياحية ومكاتب تأجير السيارات واسطة نقل واحدة على الأقل بمواصفات تكفل للأشخاص المعوقين استخدامها أو الانتقال بها بيسر وسهولة.

4 . وصول الأشخاص المعوقين إلى تكنولوجيا ونظم المعلومات بما في ذلك شبكة الانترنت ووسائل الإعلام المختلفة المرئية والمسموعة والمقروءة وخدمات الطوارىء بما في ذلك تأمين مترجمي للغة الإشارة.

أقرت التشريعات الأردنية مبدأ المساواة بين الرجل والمرأة وقد جاء ذلك في المادة (6 / 1)1 من الدستور والمادة (3 / د) 2 من القانون النافذ. وقد جسدت الاستراتيجية الوطنية للمرحلة الثانية هذا المبدأ من خلال البرامج الرامية لتجسير الفجوة في النوع الإجتماعي.بالرغم من التأكيد على هذا المبدأ إلا أننا نجد صوراً للتمييز في العديد من المجالات لأسباب تتعلق بثقافة المجتمع ونظرته للمرأة عامة والمرأة ذات الإعاقة بشكل خاص، ومن الأمثلة على ذلك محدودية مشاركة المرأة ذات الإعاقة في الحياة العامة والعمل والتعليم والترفيه، وحقها في الزواج والإنجاب والعيش بإستقلالية. تضمن القانون النافذ مبدأ حق الأطفال ذوي الإعاقة في بناء قدراتهم وتنمية مهاراتهم وتعزيز دمجهـم في المجتمع في المادة (3 / هـ) 3.إتخذت المملكة الأردنية الهاشمية العديد من التدابير التشريعية والإدارية وغيرها، لإنفاذ الحقوق المعترف بها في الإتفاقية في عام 2009

1) تنص المادة (6 / 1) من الدستور الأردني على أن: "الأردنيون أمام القانون سواء لا تمييز بينهم في الحقوق والواجبات وان اختلفوا في العرق أو اللغة أو الدين " .

2) نصت المادة (3 / د) من قانون حقوق الأشخاص المعوقين النافذ على : المساواة بين الرجل والمرأة المعوقين في الحقوق والواجبات.

3) المادة (3 / ه) من قانون حقوق الأشخاص المعوقين النافذ تنص على : ضمان حقوق الأطفال المعوقين وبناء قدراتهم وتنمية مهاراتهم وتعزيز دمجهم في المجتمع.

وبمشاركة كافة الجهات ذات العلاقة، جرى تقييم ومراجعة شاملة للاستراتيجية الوطنية نتج عنها تعديل خططها وبرامجها، وإضافة محاور جديده حول العنف والاستغلال والتشبيك مع مؤسسات المجتمع المدني وإيجاد آلية للرصد والمتابعة والتقييم.لضمان انفاذ حقوق الأشخاص ذوي الإعاقات تم تعيين ضباط ارتباط بين المجلس الأعلى والجهات الرسمية وغير الرسمية للتنسيق حول سبل تنفيذ المؤسسات لالتزاماتها بموجب الإتفاقية والتشريعات والسياسات الوطنية. لرفع قدرة المؤسسات على تنفيذ بنود الإتفاقية تبنى المجلس الأعلى مجموعة من البرامج المشتركة مع الوزارات مثل مشروع رفع كفاءة كوادر وزارة التربية والتعليم ووضع معايير الإعتماد والجودة لمؤسسات وبرامج التربية الخاصة.تنفيذاً لالتزاماتها المتعلقة بمراجعة التشريعات بما يضمن ازالة كل أشكال التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة، اتخذت الحكومة وبمشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة مجموعة من الإجراءات شملت:

تعديل المادة (6) من الدستور الأردني[1] والمتعلقة بالمساواة لتشمل الأشخاص ذوي الإعاقة في الفقرة (5) منها.

1) المادة (6 / 5) من الدستور الأردني تنص على : يحمي القانون الأمومة والطفولة والشيخوخة ويرعى النشء وذوي الإعاقات ويحميهم من الإساءة والاستغلال.

إصدار قانون حقوق الأشخاص المعوقين رقم 31 لسنة 2007 1.

تعديل النسبة الواردة في المادة (13) من قانون العمل الأردني2 بموجب القانون المؤقت رقم (26) لسنة 2010 لتتساوى مع النسبة الواردة في القانون النافذ وهي (4%)

شمول الأشخاص ذوي الإعاقة بقانون الضمان الاجتماعي لعام 2010 وإفساح المجال لهم بالاشتراك الاختياري والإستفادة من التأمين ضد الشيخوخة (في حال عدم الحصول على فرص عمل). تعديل الإجراءات الإنتخابية لتيسير مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في الحياة السياسية.

تشجيع تأسيس جمعيات ومراكز ومؤسسات تعنى بالأشخاص ذوي الإعاقة من خلال إصدار قانون الجمعيات وتعديل نظام مراكز ومؤسسات الأشخاص المعوقين رقم 96 لسنة 2008والتعليمات الخاصة به.فيما يتعلق بسبل الإنتصاف فقد كفل الدستور والتشريعات الأردنية للأفراد حق التقاضي، ومخاطبة السلطات،

1) مرفق قانون حقوق الأشخاص المعوقين رقم 31 لسنة 2007

2) تنص المادة (13) من قانون العمل الأردني على: على صاحب العمل أن يشغل من العمال المعوقين النسبة المحددة في قانون حقوق الأشخاص المعوقين النافذ ووفق الشروط الواردة فيه وأن يرسل إلى الوزارة بيانا يحدد فيه الأعمال التي يشغلها المعوقون وأجر كل منهم

والتظلم من خلال المحاكم على اختلاف أنواعها ودرجاتها، إضافة إلى تقديم الإعتراضات والشكاوي للإدارة العامة وديوان المظالم والمركز الوطني لحقوق الإنسان، والمجلس الأعلى والمنظمات الأهلية المعنية بالدفاع عن حقوق الأفراد والفئات.بالرغم من تعدد السبل القانونية والإدارية المتاحة للأفراد للتقاضي والتظلم في حال تعرض حقوقهم ومكاناتهم للإنتهاك والتعدي، إلا أن الأشخاص ذوي الإعاقات يفتقرون للمعرفة بوجود وكيفية استخدام هذه السبل للمطالبة بحقوقهم،ونادراً ما يلجأون إليها لصعوبة الوصول وبطء السير في الإجراءات مما يضعف الثقة باللجوء إليها طلباً للإنتصاف . لتعزيز الإعمال الكامل للحقوق الواردة في الإتفاقية دون تمييز بسبب الإعاقة، تم إتخاذ سلسلة من الإجراءات منها :ضم المجلس الأعلى في عضويته الأمناء العامين لوزارات المالية، والصحة،والعمل،والتربية والتعليم، والتنمية الإجتماعية، والشباب والرياضة، وأمانة عمان الكبرى بهدف إلزام هذه المؤسسات بإقرار وتنفيذ السياسات والبرامج التي تحقق المساواة للأشخاص ذوي الإعاقات في الحصول على السلع والخدمات الملائمة

دون تمييز. إجراء دراسات مسحية للتعرف على حجم ونوعية العقبات والعوائق التشريعية والبيئية والثقافية التي يواجهها الأشخاص ذوي الإعاقات في الحصول على السلع والخدمات مع بيان أوجه التعدي على حقوقهم ومكاناتهم، وكيفية الإستجابة لهذه التعديات. قيام الجهات المعنية بالتخطيط والإنشاء والتنفيذ والإدارة للمباني والمرافق العامة بمراجعة المعايير والمواصفات المعمول بها لضمان مطابقتها لقواعد التصميم العام.

توفير تكنولوجيا المعلومات وتيسير حصول الأشخاص ذوي الإعاقات على المواد التعليمية بتكلفة معقولة. لتشجيع استخدام تكنولوجيا المعلومات ومساعدة الأشخاص ذوي الإعاقات البصرية على توظيفها في الاتصال والتعلم تم تزويد كل طالب جامعي كفيف بجهاز حاسوب ناطق

إضافة إلى التجهيزات والبرامج والمواد التعليمية اللازمة مجاناً .إنشاء موقع إلكتروني لتسهيل وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الخدمات التي تقدم لهم.

تنفيذ برامج بناء قدرات للأخصائيين والموظفين العاملين مع الأشخاص ذوي الإعاقات في مجالات التعليم والعمل والصحة وغيرها.

إضافة إلى تدابير حماية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقات الواردةفي الإتفاقية، منحت المملكة الأردنية الهاشمية الأشخاص ذوي الإعاقات امتيازات إضافية تمكنهم من الحصول على التعليم الجامعي خارج أطر المنافسة وبرسوم رمزية لا تتجاوز 10 % من الكلفة الحقيقية للتعليم. تسري أحكام الإتفاقية الدولية على مكونات الدولة الأردنية جغرافياً وديموغرافياً ولا يستثنى من ذلك المجموعات العرقية أو الدينية أو العمرية أو النوعية.

المادة (5) **المساواة وعدم التمييز**

كفلت التشريعات الوطنية المساواة أمام القانون والحماية القانونية لجميع المواطنين من خلال منظومة تشريعات خاصة بالمحاكم تحقق المحاكمة العادلة، ويستطيع الأشخاص ذوي الإعاقة التقاضي استناداً إلى أحكام القانون وفيما يتعلق بالأهلية (الأداء والوجوب) ترك المشرع للقضاه صلاحية تحديدها .أما فيما يخص الترتيبات التيسيرية المعقولة للحماية الفعالة، فقد عقدت العديد من الدورات التدريبية لتأهيل العاملين في الجهاز القضائيمن أجل الإلتزام بشروط توفير هذه الترتيبات في كافة مراحل التقاضي

بما في ذلك توفير مترجمي لغة الإشارة. ولاتزال هناك حاجة لتوفير الكثير من الترتيبات الضرورية لحماية الأشخاص ذوي الإعاقة مثل طريقة برايل والتسهيلات البيئية وغيرها.

تضمنت التشريعات الأردنية نصوصاً قانونية تمنح الأشخاص ذوي الإعاقة فرصاً إضافية في التعليم والعمل والتنقل والتجهيزات الخاصة بهم، وقد ورد ذلك في: خفض رسوم التعليم الجامعي للطلبة ذوي الإعاقة لتصبح 10% من مجموع الرسوم الجامعية للساعات المعتمدة، وقبول كل من حصل على معدل (65 %) فما فوق في الجامعات الأردنية بما في ذلك التجسير.

تضمين التشريعات الأردنية نصاً يقضي بضرورة تشغيل المؤسسات والأعمال في القطاعين العام والخاص للأشخاص ذوي الإعاقات وبنسبة لا تقل عن 4% من مجموع المستخدمين فيها. توفير التسهيلات الجمركية والضريبية لتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من الحصول على الأجهزة والوسائل والخدمات الضرورية لاستخدامهم، بما في ذلك المركبات الخاصة والتجهيزات الطبية والتعليمية والرياضية، والوسائل المساعدة، والرسوم المترتبة على استقدام من يقومون على العناية الصحية والشخصية لشديدي الإعاقة. كما إشتملت التسهيلات على إعفاء مدارس الأشخاص ذوي الإعاقة ومراكزهم ومؤسساتهم من جميع الرسوم الجمركية والضريبة العامة على المبيعات.

المادة (8) **إذكاء الوعي**

حرص المشرع الأردني على ضمان حقوق هؤلاء الأشخاص وحمايتهم من خلال التوعية بهذه الحقوق في القانون النافذ الذي أكد على ضرورة نشر الوعي والتثقيف حول قضايا الأشخاص ذوي الإعاقة في المادة 3/ي 1 والمادة 7/ب 2 والتزاماً بهذه النظرة التي حملها التشريع تم ما يلي:

تضمنت الإستراتيجية الوطنية للأشخاص ذوي الإعاقات بجميع مراحلها محوراً خاصاً متعلقاً بالتوعية والتثقيف يهدف إلى: نشر الوعي بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة بما يعزز عملية دمجهم في المجتمع.تم تنظيم مجموعة من الورش والبرامج التدريبية للإعلاميين ومنظمات المجتمع المدني للتعريف بالإتفاقية وبآليات رفع الوعي بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

1) تنص المادة (3 / ي) من قانون حقوق الأشخاص المعوقين النافذ على: "نشر الوعي والتثقيف حول قضايا الأشخاص المعوقين وحقوقهم " .

2) نصت المادة (7 / ب) من قانون حقوق الأشخاص المعوقين النافذ على : " المشاركة مع الجهات ذات العلاقة في وضع خطة وطنية شاملة للتوعية والوقاية للحد من حدوث الإعاقات وتخفيف حدتها والعمل على منع تفاقمها" .

ويقوم المجلس الأعلى على رصد ومتابعة وتطوير برامج رفع الوعي التي تنفذها المؤسسات الإعلامية ومنظمات المجتمع المدني من خلال اللجنة الإعلامية المشكلة لهذه الغاية. أسفرت جهود رفع الوعي عن تبني العديد من المؤسسات الإعلامية[1] والإعلاميين لبرامج هدفت إلى تغيير النظرة النمطية للأشخاص ذوي الإعاقة والإنتقال إلى النظرة الحقوقية لهم باعتبارهم جزء من التنوع البشري. في اتجاه تدريب الكوادرالقادرة على رفع الوعي بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة تم تنفيذ عدد من البرامج وورش العمل المتخصصة في مهارات القيادة، والاتصال والتواصل للأشخاص ذوي الإعاقة في مختلف مناطق المملكة. ساهمت ورش عمل رفع الوعي وتدريب الأشخاص ذوي الإعاقة والإعلاميين في إفراز منظمات حقوقية متخصصة مثل (أنا إنسان لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة)، وإعلامين متخصصين بقضايا الإعاقة. أطلقت خلال السنوات الثلاث الماضية العديد من حملات التوعية الهادفة إلى التعريف بالحقوق والحد من التعديات الواقعة عليها، مثل حملة العصا البيضاء، وحملة تحريم وتجريم استئصال الأرحام للفتيات ذوات الإعاقة الذهنية،

---

1) المرئي، المقروء، المسموع، الإلكتروني.

وحملة مكاني بينكم (التعليم الدامج). إضافةً إلى ما تقوم به وسائل الاتصال، تعمل المنظمات والجمعيات على نشر الوعي بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وتعريفهم بالإتفاقية من خلال حملات رفع الوعي بالأيام العالمية للإعاقة.الرغم من الجهود المبذولة لتغيير الصورة النمطية للأشخاص ذوي الإعاقة إلا أن الصورة الرعائية السلبية لازالت سائدة في الإعلام مما يدعو إلى اتخاذ إجراءات وتدابير إضافية لتعميق المعرفة وتغيير الإتجاهات وصولاً إلى بيئة ثقافية واجتماعية قائمة على المساواه وعدم التمييز وتمكن الأشخاص ذوي الإعاقة من المشاركة والاستمتاع بحقوقهم. ومن هذه الإجراءات توحيد المصطلحات المتعلقة بالإعاقة باعتبارها مدخلاً للتغيير، واعداد دليل ارشادي للعاملين في ميدان رفع الوعي، وزيادة وتدريب الكوادر الإعلامية بقضايا الإعاقة ونشر الوعي بالمواثيق والمعايير الدولية المتعلقة بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. لايزال نقص ومحدودية المعلومات المتعلقة بحجم الإعاقة وتوزيعها الجغرافي والتركيب العمري وخصائص وظروف المعيشة للأشخاص ذوي الإعاقة أحد أبرز التحديات التي تواجه جهود رفع الوعي وبرامج الاتصال والخدمة وبناء القدرات.

المادة (9) **إمكانية الوصول**

أفرد القانون النافذ بنوداً خاصة بالتسهيلات البيئية تتضمن إلزامية تطبيق كودة متطلبات البناء الوطني الرسمي الخاص بالأشخاص ذوي الإعاقة.

تضمن القانون النافذ بنداً يكفل سهولة وصول الأشخاص ذوي الإعاقة للمعلومات من خلال توفير التسهيلات التكنولوجية، ونظم المعلومات وشبكة الانترنت، ومراعاة وسائل الإعلام المرئية والمسموعة والمقروءة، وخدمات الطوارئ لحاجات فئات الأشخاص ذوي الإعاقة بما في ذلك تأمين مترجمين لغة الإشارة. جاءت الاستراتيجية الوطنية للأشخاص ذوي الإعاقة بجميع مراحلها منسجمة مع أحكام هذا القانون من خلال إفرادها محوراً

خاصاً بإمكانية الوصول يهدف إلى كفالة إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة بشكل متكافىء إلى البيئة المادية المحيطة، ووسائل النقل والمعلومات والاتصالات، والمرافق والخدمات العامة، وإزالة كل العوائق وفي كافة محافظات المملكة. تتبنى الجهات المشرفة على تخطيط وتنظيم المدن كودة متطلبات البناء الخاص بالمعوقين رقم (32) لعام 1993م،

والتي تشتمل على قواعد ومعايير تمكن الأشخاص ذوي الإعاقة من الوصول والدخول والاستخدام الآمن للمباني والمرافق العامة، إلا أن الإلتزام بهذه المعايير في التصميم والتنفيذ لا يزال دون المستوى المطلوب. بالرغم من وجود نصوص تشريعية لكفالة وصول الأشخاص ذوي الإعاقة للمباني والمرافق العامة إلا أن الجهات المانحة للتراخيص والجهات القائمة على تصميم والإنشاء والإشراف على المباني لا تلتزم بهذه النصوص لغياب جهات الرقابة والمتابعة والتفتيش وخلو التشريع من عقوبات رادعة.في ضوء تدني مستوى الالتزام بقواعد التصميم الملائم لحاجات الأشخاص ذوي الإعاقة هناك جهود وطنية لتفعيل تطبيقها تتمثل في: عقد سلسلة من ورش العمل لمجموعة من المهندسين حول تطبيق كودة متطلبات البناء الخاص بالمعوقين رقم (32) لعام 1993م.

عقد دورات توعوية في مجال التسهيلات البيئية لطلبة المدارس من فئات عمرية مختلفة.

3-35 طباعة ونشر وثيقة كودة البناء الوطني وتوزيعها على المكاتب الهندسية.

إعداد دليل متطلبات البنـاء الخاص للأشخاص ذوي الإعاقة يشمل مواصفات ومعايير لكـل مـن: المواقف والأرصفة والممرات وإشارات المرور ومناطق عبور المشاه إضافة إلى الأدراج والمنحـدرات فـي المباني، والحدائق العامـة، واللوحات الإرشادية الخارجية، والهواتف العامـة، والمرافق الصحية العامـة، وآلات السحـب الآلي، والمصاعد)1.

العمل مع بعض إدارات البلديات على التهيئة البيئية للفضاء العام بصورة تدريجية وضمن خطط التأهيل وإعادة التأهيل للمباني وأرصفة الشوارع والساحات.كما أفرد القانون النافذ بنداً يتعلق بتأمين شركات النقل العام والمكاتب السياحية ومكاتب تأجير السيارات واسطة نقل واحدة لتيسير وصول الشخص ذو الإعاقة، حيث تم توفير (13) حافلة مؤهلة لإستخدام الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية عن طريق الشركة المتكاملة للنقل، وتقديم خصم لا يقل عن (50 %) من التعرفة لباصات النقل للأشخاص ذوي الإعاقة.

---

1 استبيان أمانة عمان الكبرى

تم توزيع لاصق الشارة الدولية للدلالة على سيارات الأشخاص ذوي الإعاقة لمديرية الأمن العام/ إدارة ترخيص السواقين والمركبات، والاتحاد الأردني لرياضة المعوقين.فيما يتعلق بتسهيل وصول الأشخاص المعوقين للسلع والخدمات، فقد تم تخصيص مكتب تقديم الخدمة للجمهور في الطابق الأرضي في العديد من الوزارات والمؤسسات الحكومية من خلال التسهيلات البيئية، وتخصيص مواقف للسيارات، وتعديل بعض المرافق الصحية، واستحداث منحدرات Ramp لاستخدامات الأشخاص ذوي الإعاقة.

صدور دليل إرشادي لبعض المواقع السياحية الميسرة للأشخاص ذوي الإعاقة.

من الناحية الشكلية تلتزم العديد من المؤسسات العامة بتوفير التسهيلات البيئية اللازمة لوصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلا أن هناك بعض الحواجز والعقبات التي تحد من فرص الدخول والاستخدام الآمن لهذه المرافق.تعاني الكثير من المؤسسات والمرافق العامة من محدودية قدرتها على تقديم الخدمة للأشخاص من ذوي الأعاقات المختلفة،

ويتمثل ذلك في نقص ومحدودية التهيئة البيئية وخاصة للمباني القائمة القديمة والمستأجرة وضعف التدريب للكوادر العاملة. تقدم الكثير من المؤسسات والمراكز التجارية التي أنشئت حديثاً تسهيلات بيئية ومعرفية تتفوق على التسهيلات والخدمات التي تقدمها مؤسسات القطاع العام.تم في بعض المؤسسات والوزارات تضمين الخطط الإستراتيجية طويلة وقصيرة المدى أهدافاً تتعلق بموضوع التسهيلات البيئية لذوي الإعاقات.

المادة (10) ** الحق في الحياة**

يعتبر الحق في الحياة من الحقوق الأساسية التي ضمنتها المواثيق الدولية المصادق عليها من قبل الدولة والقوانين الوطنية، ويتمتع كافة الأفراد بهذا الحق على قدم المساواة ودون تمييز.بموجب قانون العقوبات الأردني للجنين الحق في الحياة حتى قبل ولادته

وتفرض عقوبة على من يتعدى على هذا الحق. ولا يسمح القانون الأردني بالإجهاض إلا إذا شكل الحمل خطراً على صحة الأم أو على حياة الجنين 1.

إلى جانب التشريع يشكل الدين عاملاً أساسياً في الحفاظ على الحياة للانسان ويحرم الإعتداء عليها.

1) المواد (321 – 325) قانون العقوبات الأردني وتعديلاته:
- المادة (321)كل امرأة اجهضت نفسها بما استعملته من الوسائل او رضيت بأن يستعمل لها غيرها هذه الوسائل ، تعاقب بالحبس من ستة أشهر الى ثلاث سنوات
- المادة (322) 1- من أقدم بأية وسيلة كانت على إجهاض امرأة برضاها ، عوقب بالحبس من سنة الى ثلاث سنوات.
2- وإذا أفضى الاجهاض او الوسائل التي استعملت في سبيله الى موت المرأة عوقب الفاعل بالأشغال الشاقة المؤقتة مدة لا تقل عن خمس سنوات.
-المادة (323)
1- من تسبب عن قصد بأجهاض امرأة دون رضاها ، عوقب بالأشغال الشاقة مدة لا تزيد على عشر سنوات.
2- ولا تنقص العقوبة عن عشر سنوات إذا أفضى الاجهاض او الوسائل المستعملة الى موت المرأة.
- المادة (324)
تستفيد من عذر مخفف ، المرأة التي تجهض نفسها محافظة على شرفها ويستفيد كذلك من العذر نفسه من ارتكب إحدى الجرائم
المنصوص عليها في المادتين (322 و 323) للمحافظة على شرف إحدى فروعه او قريباته حتى الدرجة الثالثة.
- المادة (325)
إذا كان مرتكب الجرائم المنصوص عليها في هذا الفصل طبيباً او جراحاً او صيدلياً او قابلة ، يزاد على العقوبة المعينة مقدار ثلثها.

المادة (11) **حالات الخطر والطوارئ الإنسانية**

كفل المشرع الأردني الحق للأفراد المدنيين في السلامة والصحة والحماية من الأخطار والتهديدات بما في ذلك الكوارث والأزمات. وقد جاء ذلك في قانون

الدفاع المدني وتعديلاته، وقانون العقوبات العسكري رقم 58 لسنة 2006 ، وقانون الهيشة الهاشمية للمصابين العسكريين وتعديلاته رقم 13 لسنة 2008. لإنفاذ هذا الحق أنشأت الدولة أجهزة متخصصة وكوادر مدربة للقيام بمهام حماية المدنيين والدفاع عنهم في الظروف العادية والاستثنائية .

في حالات الحروب والنزاعات المسلحة والكوارث الطبيعية والأزمات التي تستدعي التدخل لتوفير الإغاثة والإسعاف والحماية للضحايا، تتعاون أجهزة الدفاع المدني الوطنية مع منظمات الإغاثة الدولية والهيئات ذات العلاقة لتوفير الحماية والرعاية والدعم للأشخاص المعرضين للخطر، وضمن أولويات تراعي خصوصية وحاجات الأشخاص ذوي الإعاقة.

نظراً لتعدد وتكرار النزاعات المسلحة في الدول المجاورة فقد أسست هيئات اغاثة متخصصة كالهيئة الخيرية الهاشمية، كي تتولى الإستجابة لحاجات الضحايا داخل وخارج بلدانهم وتوفر لفئات اللاجئين والمهجرين والفارين من مناطق النزاع الحماية والرعاية والخدمات بما يتناسب واحتياجاتهم وضمن أولويات تراعي خصوصية حاجات الأشخاص ذوي الإعاقة.

المادة (12) ** الاعتـراف بالأشخاص ذوي الإعاقة على قدم المساواة مع الآخرين أمام القانون**

كرست المادة السادسة من الدستور الأردني مبدأ المساواة وعدم التمييز بين الأردنيين جميعاً في الحقوق والواجبات أمام القانون بما في ذلك الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يتمتعون بجميع الحقوق ويتحملون الواجبات ذاتها دون أي تمييز. وأكدت الفقرة الخامسة من المادة ذاتها، والتي تمت اضافتها في التعديلات الدستورية الأخيرة، على أن القانون يحمي الأمومة والطفولة والشيخوخة ويرعى النشء وذوي الإعاقات ويحميهم من الإساءة والاستغلال).

تنبثق فلسفة المملكة تجاه المعوقين من القيم العربية الإسلامية والدستور الأردني والاعلان العالمي لحقوق الانسان والمبادئ والاحكام المنصوص عليها في الاتفاقيات الدولية المتعلقة بحقوق الاشخاص المعوقين. وتستند هذه القيم وفق ما نصت عليه

المادة (3) من قانون حقوق الأشخاص المعوقين رقم (31) لسنة 2007 على عدة مرتكزات أهمها احترام حقوق الاشخاص المعوقين وكرامتهم وحرية اختيارهم، واحترام حياتهم الخاصة وتكافؤ الفرص، وعدم التمييز بين الاشخاص على اساس الإعاقة، إضافةً إلى المساواة بين الرجل والمرأة المعوقين في الحقوق والواجبات .فيما يتعلق بالأهلية القانونية: نظم القانون المدني رقم (43) لسنة 1976 الجوانب القانونية للأهلية المدنية. وتنقسم الأهلية وفق أحكامه إلى قسمين: أهلية وجوب وأهلية أداء، وفيما يتعلق بأهلية الوجوب تمنح الشخص الحق في اكتساب الحقوق كالميراث والوصية ويتساوى جميع الأشخاص فيها. كما نظم القانون المذكور الجوانب المتعلقة بدعم الشخص ذو الإعاقة في اتخاذ القرار حيث بينت المادة (132) منه أنه اذا كان الشخص أصم أبكم أو أعمى أصم أو أعمى أبكم

وتعذر عليه بسبب ذلك التعبير عن ارادته جاز للمحكمة أن تعين له وصيا يعاونه في التصرفات التي تقتضي مصلحته فيها ذلك . فالوصاية في هذه الحالة تقتصر على مساعدة الشخص ذو الإعاقة في اتخاذ القرار. وحسب المذكرة الايضاحية فإن الوصاية في هذه الحالة تكون منعا من وقوعهم في خطر التصرفات، وهذه المساعدة ليست نوعا من أنواع الحجر لنقص في الأهلية بل هي نوع من الحماية لهم. ويلاحظ أن المساعد القضائي تحدد مأموريته في القرار الذي يصدره من المحكمة بإقامته. وقد ترك التشريع للقاضي سلطة تقدير الأهلية لتحديد مدى إدراك الأفراد لكنه أفعالهم. كما ميّز القانون المدني بين حالات الإعاقة العقلية حسب درجتها، فإذا كان الحجر للسفه والغفلة فتكون تصرفات الشخص بالوقف والوصية وأعمال الادارة صحيحة إذا أذنت المحكمة بذلك، أما إذا تعذر على الشخص ادراك كنه أفعاله فهنا يقوم الولي أو الوصي بابرام التصرفات عنه. كما فرّق المشرع بين حالات الجنون المطبق وغير المطبق بحيث تعتبر تصرفات الشخص في حالة الافاقة في الجنون غير المطبق مثل تصرفات العاقل.كفل القانون حق التعاقد لكل الأفراد ما لم تسلب الأهلية أو يحد منها بحكم القانون

ويشمل ذلك الحق في وراثة الممتلكات وإدارة الشؤون المالية وإمكانية الحصول على القروض المصرفية والرهون إذا توافرت شروط ذلك.وفقاً لقانون كاتب العدلرقم 11 لسنة 1952 وتعديلاته بموجب القانون المعدل رقم 2 لسنة 2004 يجب على كاتب العدل عند ابرام اية معاملة لدى دائرة كاتب العدل ان يتحقق من هوية ذوي العلاقة والتأكد من أهليتهم للتعاقد وذلك ما نصت عليه المادة (12) بما يلي (يجب على كاتب العدل ان يتثبت من شخصية ذوي العلاقة بابراز بطاقة شخصية صادرة عن دائرة الاحوال المدنية للأردني وجواز سفر لغير الأردني، كما يجب عليه التثبت من اهليتهم للتعاقد بمقتضى احكام القوانين العامة وان يتاكد من صحة رضاهم وان يذكر بوضوح اسم وشهرة ومحل اقامة كل واحد من اصحاب العلاقة في السندات والاوراق التي ينظمها او يصدق عليها والشهود اذا استوجب هذا القانون ذلك والمعرفين والمترجم- اذا كان هنالك من يقوم بالترجمة - وتاريخ التنظيم او التصديق بالحروف والارقام معاً ويوقع جميع ذلك ويختمه)1.

1 تم تعديل المادة بموجب القانون المعدل رقم 2 لسنة 2004 حيث كان سابقا النص القديم في المادة 17 من قانون كاتب العدل رقم 74 لسنة 1951 والذي كان يرد فيه ان الاشخاص ذوي الاعاقة ليسوا أهلا للشهادة على أي من المعاملات المدنية أو التجارية .

كما نصت المادة 14 من نفس القانون على:(اذا كان ذو العلاقة مصابا بعاهة تحول دون قدرته على التعبير عن ارادته بصورة طبيعية ويثبت ذلك بتقرير طبي، فعلى كاتب العدل، بموافقة رئيس المحكمة، تكليف ذي العلاقة باحضار شخص للتوقيع نيابة عنه على السند بحضور شاهدين وان تؤخذ بصمة ذي العاهة حيثما كان ذلك ممكناً). وتنص المادة (17) أيضاً والمتعلقة بالحضور عند كاتب العدل على ما يلي (يجب على ذوي العلاقة أو وكلائهم ان يحضروا امام كاتب العدل بالذات وان يكون محل الاقامة الدائمة

او المؤقتة لأي منهم ضمن دائرة اختصاص كاتب العدل فيما عدا حالة التأشير وان يكون المترجم مستوفيا للشروط التي يتطلبها هذا القانون) 1.

1كان النص في القانون السابق رقم 74 لسنة 1951 ينص على:-
(يجب على ذوي العلاقة او وكلائهم ان يحضروا امام الكاتب العدل بالذات وان تكون محال اقامتهم الدائمة او المؤقتة ضمن دائرة اختصاص الكاتب العدل وان يكون الشهود راشدين وعاقلين عالمين بهوية ذوي العلاقة وان لا يكون بينهم اعمى او اخرس ويشترط ان لا يكونوا من اصول او فروع ذوي العلاقة او ازواجهم ويجب ان يكون المعرفون عالمين بهوية ذوي العلاقة اما الترجمان فيكفي ان يكون عاقلاً بالغاً)

المادة (13) ** إمكانية اللجوء إلى القضاء**

كفل الدستور الأردني حق التقاضي للجميع، فالمحاكم مفتوحة للجميع ومصونة من التدخل في شؤونها وفق ما تنص عليه المادة (1/101) من الدستور. وبينت المادة (4/ط) من قانون حقوق الأشخاص المعوقين والمتعلقة بالتقاضي أنه (1. تراعى الظروف الصحية للشخص المعوق من حيث الاماكن الخاصة بالتوقيف اذا اقتضت طبيعة القضية وظروفها توقيفه. 2. توفير التقنيات المساعدة للأشخاص المعوقين بما في ذلك ترجمة لغة الاشارة). فيما يتعلق بالدعاوى الجزائية فقد بينت المادة (3/ب) من قانون أصول المحاكمات الجزائية أنه (ب. اذا كان المجني عليه في الجريمة لم يكمل خمس عشرة سنة أو كان مصاباً بعاهة في عقله، تقدم الشكوى ممن له الولاية عليه. واذا كانت الجريمة واقعة على المال تقبل الشكوى من الوصي او القيم). ولغايات حماية حقوق ذوي الإعاقة الذهنية في حال تعارض مصلحته مع مصلحة الولي أو الوصي فقد بينت الفقرة (ج) من المادة ذاتها أنه (اذا تعارضت مصلحة المجني عليه مع مصلحة من يمثله او لم يكن له من يمثله تقوم النيابة العامة مقامه) .التدابير التشريعية المتخذة لحماية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة: فقد بين قانون العقوبات الأردني الاحكام المتعلقة بالأشخاص ذوي الإعاقة العقلية

بحيث يعفى من العقاب كل من ارتكب فعلاً او ترك فعلاً اذا كان حين ارتكابه اياه عاجزاً عن ادراك كنه افعاله او عاجزاً عن العلم بانه محظور عليه ارتكاب ذلك الفعل او تركه بسبب اختلال في عقله، و يحجز في مستشفى الامراض العقلية ويعنى به العناية التي تدعو اليها حالته الى ان يثبت بتقرير لجنة طبية شفاؤه وانه لم يعد خطرا على السلامة العامة ، وذلك ما نصت عليه المادة (92) و(29)منه.أما إذا أصيب بها أثناء تنفيذ الحكم فقد نصت المادة (29) من قانون العقوبات المذكور أنه : (2. من حكم عليه بعقوبة مانعة للحرية أو بكفالة احتياطية وثبت انه في اثناء تنفيذ الحكم قد اصيب بالجنون يحجز في المستشفى المشار إليه في الفقرة السابقة، ويعنى به العناية التي تدعو اليها حالته على ان لا تتجاوز مدة الحجز ما بقي من مدة الحكم الذي علّق تنفيذه ما لم يكن المحكوم عليه خطرا على السلامة العامة). من تطبيقات محكمة التمييز الأردنية في هذا المجال ماورد في قرارها رقم 2004/342 (هيئة خماسية) تاريخ 2004/3/29 (*قررت الهيئة العامة لمحكمة التمييز ...

وتوصلت الى أن المقصود لمفهوم الشفاء هو الشفاء من اعراض المرض او ما يعرف بالشفاء الاجتماعي، وهي الحالة التي يكون فيها المريض عقلياً تحت تأثير العلاج بحيث تختفي اعراض المرض ولا يشكل المريض خطراً على المجتمع ويستطيع التعايش معه. *اذا ثبت من خلال التقرير الطبي المعطى بحق المحكوم عليه وشهادات الاطباء النفسيين الذين نظموا التقرير بحقه ان المذكور شفي من الاعراض المرضية وانه لا يشكل خطراً على السلامة العامة ويستطيع التعايش في المجتمع الذي يعيش فيه، فان الشروط التي تتطلبها المادة 92/ 2 عقوبات تكون قد توافرت بحق المحكوم عليه ويقتضي الافراج عنه).

تبين المادة (231) من قانون أصول المحاكمات الجزائية على أنه: (اذا كان الأبكم الأصم من الشهود او المتهمين يعرف الكتابة فيسطر كاتب المحكمة الاسئلة والملاحظات ويسلمها اليه فيجيب عليها خطياً، ويتولى الكاتب جميع ذلك في الجلسة).

فيما يتعلق بالإعاقة العقلية فقد نص قانون أصول المحاكمات الجزائية على الاجراءات التي يتم اتخاذها لتوفير الحماية لهذا الشخص حيث تنص المادة (233) من قانون أصول المحاكمات الجزائية على أنه:

1. يتعين على المدعي العام في كل حالة يعتقد ان المتهم مصاب بمرض نفسي او اعاقة عقلية ان يضعه تحت الرقابة الطبية اللازمة وذلك للتحقق من سلامته النفسية والعقلية ولا يوقف ذلك اجراءات التحقيق ضده .

2. اذا ظهر للمحكمة ان المتهم مصاب بالمرض النفسي او الإعاقة، تصدر المحكمة قرارا بوضعه تحت رقابة ثلاثة من اطباء الحكومة المختصين بالأمراض النفسية والعقلية للمدة التي تراها لازمة وذلك لتزويد المحكمة بتقرير طبي عن وضعه المرضي.

3. اذا تحققت المحكمة من الرقابة الطبية التي اجرتها ان المتهم مصاب (بمرض نفسي) يبقى تحت الاشراف الطبي الى ان يصبح آهلا للمحاكمة ويفهم مجرياتها حيث تشرع بمحاكمته بعد ذلك، اما اذا كانت حالة المريض النفسي لايؤمل شفاؤها فتقرر المحكمة ايداعه في مستشفى الامراض العقلية

4. اذا تبين للمحكمة ان المريض نفسيا قد ارتكب التهمة المسندة اليه وانه كان حين ارتكابه اياها مصابا بالمرض الذي جعله عاجزاً عن ادراك كنه اعماله او انه محظور عليه اتيان العمل او الترك الذي يكون الجرم، تقرر ادانته وعدم مسؤوليته جزائيا وإعمال المادة 92 من قانون العقوبات بحقه.5. اذا تبين للمحكمة من

الرقابة الطبية التي اجرتها ان المتهم مصاب بإعاقة عقلية (تخلف عقلي) وتبين لها ارتكابه للتهمة المسندة اليه قررت ادانته وعدم مسؤوليته ووضعه تحت اشراف مراقب السلوك من سنة الى خمس سنوات، على ان ليس هناك ما يمنع المحكمة قبل ذلك من وضعه في المركز الوطني للصحة النفسية او أي ماوى علاجي اخر لمعالجته من مظاهر السلوك الخطيرة على الأمن العام الذي قد يرافق تخلفه.من تطبيقات محكمة التمييز في هذا المجال قرار محكمة التمييز الأردنية بصفتها الجزائية رقم 2007/664 تاريخ : 2007/7/12

1. يستفاد من أحكام المادة (233) من قانون أصول المحاكمات الجزائية المعدلة بالقانون رقم (16 لسنة 2001) انها بينت الإجراءات المتوجب على المحكمة اتباعها في حالة كون المتهم يعاني من مرض نفسي وعقلي فإذا ظهر للمحكمة أن المتهم مصاب بالمرض النفسي أو العقلي، تصدر قراراً بوضعه تحت رقابة

ثلاثة من أطباء الحكومة المختصين بالأمراض النفسية والعقلية للمدة التي تراها لازمة لتزويد المحكمة بتقرير عن وضعه المرضي.

2. إذا تبين للمحكمة أن المريض نفسياً قد ارتكب التهمة المسندة إليه وأنه حين ارتكابه إياها كان مصاباً بالمرض الذي جعله عاجزاً عن إدراكه كنه أعماله أو انه محظور عليه إتيان العمل أو الترك المكون للجرم، قررت إدانته وعدم مسؤوليته جزائياً وإعمال المادة (92) من قانون العقوبات بحقه، وأن الفقرة الثانية من هذه المادة تقضي بأن كل من اعفي من العقاب يحجز في مستشفى الأمراض العقلية إلى أن يثبت بتقرير لجنة طبية شفاؤه وأنه لم يعد خطراً على السلامة العامة.

وحيث أن محكمة الجنايات الكبرى قد أحالت المتهم إلى المركز الوطني للصحة النفسية لوضعه تحت إشراف ثلاثة أطباء لمدة شهر لتقرير حالته النفسية والعقلية، وأن الأطباء قدموا تقريراً طبياً عن حالته وتم الاستماع إلى شهادتهم وتبين أن المتهم كان يعاني من حالة انفصام وجداني مزمن منذ عام 2000 وأن الانفصام الوجداني هو اضطراب في التفكير مع اضطراب في المزاج ناتج عن اضطرابات في إفرازات الدماغ وهي أمـراض مزمنة لا يمكن الشفاء منها في الوقت الحاضر، وأن المتهم ليس خطيراً على المجتمع في الوقت الحاضر.

3. اذا توصلت محكمة الجنايات الكبرى إلى قيام المتهم بارتكابه الجرم المسند إليه، وبعد أن تبين لها انه وقت ارتكاب الجريمة كان تحت تأثير المرض العقلي المزمن ولا يدرك كنه أعماله وقضت بإعفائه من العقوبة وقامت بتطبيق الفقرة الثانية بحق المتهم بعد أن تبين لها أنه في حالة تناوله العلاج فإنه ليس خطراً على السلامة العامة وأن الشفاء المقصود في المادة (2/92) عقوبات هو الشفاء من أعراض المرض العقلي، وهو ما يعبر عنه بالشفاء الاجتماعي والذي لا يشكل المريض فيه خطراً على السلامة العامة شريطة أن يواظب على تلقي العلاج

وبعد انتهاء احتجازه تطبيقاً لاجتهاد الهيئة العامة لمحكمة التمييز رقم (2003/592).تم توفير التسهيلات البيئية التي تكفل وصول الأشخاص ذوي الإعاقة لنظام العدالة الجنائية لممارسة حقهم في المثول والتقاضي دون تمييز في جميع قصور العدل التي تم انشاؤها في المملكة وبما يراعي كودة البناء التي تم اعتمادها في هذا المجال ويجري العمل على تزويد باقي المحاكم بهذه التسهيلات .لضمان تيسير اجراءات التقاضي تم استخدام التقنيات المساعدة، مثل لغة الإشارة للأشخاص ذوي الإعاقة السمعية من الضحايا أو الجناة أو الشهود، وذلك استنادا لنص المادة (233) من قانون أصول المحاكمات الجزائية. وفي سبيل انجاح ذلك تم تزويد المحاكم بقائمة خبراء لغة إشارة معتمدين. كما يتم استخدام تقنية الدائرة التلفزيونية المغلقة (CCTV) عند أخذ إفادات الأطفال ذوي الإعاقة.أصبحت إتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة بعد المصادقة عليها جزءاً من التشريع الأردني الواجب التنفيذ. فقد تم ادراجها ضمن مادة حقوق الانسان التي تدرس لطلاب الدبلوم في المعهد القضائي

ويتضمن برنامج التدريب المستمر للسادة القضاة والمدعين العامين دورات حول حقوق الانسان بشكل عام وحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة بوجه خاص وذلك لغايات تدريب العاملين في القضاء وكافة العاملين في جهاز العدالة حول حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في الوصول إلى النظام القضائي .

لتقليص العوامل التي تحد من حصول الأشخاص المعوقين على هذا الحق ورفع مستوى معرفتهم بحقوقهم ورفع الوعي المجتمعي فقد تم عقد العديد من ورش التوعية في هذا المجال.أما في مراكز الاصلاح والتأهيل فقد نص المشرع على التدابير التي يتم اتخاذها حيث تنص المادة (26) من قانون مراكز الاصلاح والتأهيل رقم (9) لسنة 2004 على أنه: (اذا تبين لمدير المركز ان نزيلا محكوما مختل القوى العقلية وجب احالته الى الجهة الطبية المختصة لاتخاذ الاجراءات الطبية اللازمة. ويبقى النزيل تحت المعالجة ما دامت حالته تستدعي ذلك، واذا انتهت مدة محكوميته وجب الافراج عنه فورا مع اتخاذ الاجراءات اللازمة بعد مخاطبة الجهة المختصة).

فيما يتعلق بإجراءات الشرطة بصفتها مكون من مكونات نظام العدالة، فإنها تلتزم بتقديم الخدمة الأمنية بما ينسجم مع المبادىء التي نصت عليها الاتفاقيات الدولية وفي مقدمتها الإتفاقية الدولية الخاصة بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقةتم تأهيل أحد مراكز الإصلاح والتأهيل وتزويده بالتسهيلات البيئية المتمثلة في غرف للحجز الفردي والجماعي الساحات الخارجية وطرق الوصول للمسجد والمطعم والمكتبة والعيادة واستقبال الزوار وتم وضع الترتيبات للزائر من ذوي الإعاقة وذلك لضمان حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على بيئة مناسبة في مراكز التأهيل والإصلاح.

المادة (14) ** حرية الشخص وأمنه**

أكد الدستور الأردني في المادة(7) على أن الحرية الشخصية مصونة، كما تضمنت التعديلات الدستورية التي أدخلت في العام 2011 على المادة المذكورة أن كل اعتداء على الحقوق والحريات العامة أو حرمة الحياة الخاصة للأردنيين هي جريمة يعاقب عليها القانون. أما المادة الثامنة منه فتبين أنه لا يجوز أن يقبض على أحد أو يوقف أو يحبس أو تقيد حريته إلا وفق أحكام القانون.

كما أن الأمن والطمأنينة حقوق أساسية لكافة المواطنين نص عليها الدستور الأردني في الفصل الثاني من المواد (6 - 23) منه

تجسدت النظرة الدستورية في قانون العقوبات حيث تضمن هذا القانون نصوصا تجرم كل من اعتدى على حرية أي شخص حيث تنص المادة (346) على أنه : (كل من قبض على شخص وحرمه حريته بوجه غير مشروع، يعاقب بالحبس مدة لا تزيد على سنة او بغرامة لا تزيد على خمسين ديناراً، واذا كان قد حجزه بادعائه زورا - بانه يشغل وظيفة رسمية او بانه يحمل مذكرة قانونية بالقبض عليه - يعاقب بالحبس مدة ستة اشهر الى سنتين، واذا وقعت هذه الافعال على موظف اثناء وظيفته او بسبب ما اجراه بحكم وظيفته كانت العقوبة من ستة اشهر الى ثلاث سنوات.نظراً للتباين بين النظرة التشريعية والممارسات المجتمعية المتعلقة بحق الأشخاص ذوي الإعاقة في الحرية الشخصية والأمن فقد تم العمل على تصميم وتنفيذ برامج تهدف إلى رفع وعي الأسر والجهات التي تتولى حماية ورعاية الأشخاص ذوي الإعاقة للحد من هذه التعديات وخلق معرفة واتجاهات وممارسات تحترم حقوقهم في تقرير مصيرهم وممارسة حرياتهم التي كفلها الدستور ونصت عليها التشريعات.

المادة (15) ** عدم التعرض للتعذيب أو المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة**تضمنت التعديلات الدستورية لعام 2011 النص صراحة في الدستور على أنه (2. كل من يقبض عليه أو يوقف أو يحبس أو تقيد حريته تجب معاملته بما يحفظ عليه كرامة الإنسان، ولا يجوز تعذيبه، بأي شكل من الأشكال، أو إيذاؤه بدنياً أو معنوياً، كما لا يجوز حجزه في غير الأماكن التي تجيزها القوانين، وكل قول يصدر عن أي شخص تحت وطأة أي تعذيب أو إيذاء أو تهديد لا يعتد به.

تجرم المادة (208) من قانون العقوبات الأردني التعذيب أو المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة لكافة الأفراد بما في ذلك الأشخاص ذوي الإعاقة المادة (208) قانون العقوبات الأردني وتعديلاته نصت على :

من سام شخصاً أي نوع من انواع التعذيب التي لا يجيزها القانون بقصد الحصول على اقرار بجريمة او على معلومات بشأنها عوقب بالحبس من ستة اشهر الى ثلاث سنوات .لغايات هذه المادة يقصد بالتعذيب أي عمل ينتج عنه ألم او عذاب شديد جسدياً كان ام عقلياً يلحق عمداً بشخص ما بقصد الحصول منه او من شخص آخر على معلومات او على اعتراف أو معاقبته على عمل ارتكبه او يشتبه في انه ارتكبه هو أو غيره أو تخويف هذا الشخص أو ارغامه هو أو غيره،

أو عندما يلحق بالشخص مثل هذا الالم او العذاب لاي سبب يقوم على التمييز اياً كان نوعه، او يحرض عليه او يوافق عليه او يسكت عنه موظف رسمي أو أي شخص يتصرف بصفته الرسمية . واذا أفضى هذا التعذيب الى مرض او جرح بليغ كانت العقوبة الاشغال الشاقة المؤقتة .

على الرغم مما ورد في المادتين (54) مكرر و (100) من هذا القانون لا يجوز للمحكمة وقف تنفيذ العقوبة المحكوم بها في الجرائم الواردة في هذه المادة كما لا يجوز لها الأخذ بالاسباب المخففة . منذ مصادقة المملكة على إتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة تتولى الجهات المعنية الرصد والمتابعة وإعداد التقارير حول الانتهاكات بشكل عام بما في ذلك التعديات الواقعة على الأشخاص ذوي الإعاقة. للوقوف على حجم ونوعية وأشكال التعرض للتعذيب أو المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة يقتضي إدراج الأشخاص ذوي الإعاقة في خطط واستراتيجيات الجهات المعنية لمناهضة التعذيب. في السياق ذاته وفيما يتعلق بالإتجار بالبشر فقد تم اصدار قانون منع الاتجار بالبشر رقم (9) لسنة 2009 الذي تبنى تعريفا ينسجم مع التعريف الوارد في برتوكول باليرمو،

وقد اعتبر المشرع في هذا القانون أن وقوع هذه الجريمة على شخص من ذوي الإعاقة ظرف تشديد لهذه الجريمة .بالنسبة للتدابير الطبية المتخذة لضمان توفير حماية للأشخاص ذوي الإعاقة من التجارب الطبية أو العلمية فإن الدستور الطبي الأردني في المادة الثانية وفيما يتعلق بواجبات الطبيب يجب ان يراعي الاجراءات اللازمة عند القيام بأي اجراء طبي وأخذ الموافقة الحرة. كما أن النظام الداخلي لنقابة الاطباء رقم 24 لسنة 1976 والصادر بموجب المادة (18) من قانون نقابة الاطباء الأردنيين نص المادة 22 على حقوق وواجبات الاطباء على ما يلي (يحدد الدستور الطبي حقوق وواجبات الاطباء المهنية والمسلكية كما ينظم علاقات الزمالة فيما بينهم وأسس تعاملهم مع المرضى ويبين بشكل عام كل ما له علاقة بشرف المهنة وآدابها..)

المادة (16) **عدم التعرض للاستغلال والعنف والاعتداء**

نص الدستور الأردني في المادة6/ فقره (5) على حماية ذوي الإعاقة من الإساءة والاستغلال.أفردت التشريعات الوطنية نصوصاً
قانونية تتعلق بحماية الأطفال ذوي الإعاقة من التعرض للاستغلال والعنف والإساءة، منها قانون العمل الأردني وتعديلاته . راعى قانون الأحداث الأردني المصلحة الفضلى للطفل من خلال المبادئ التي إرتكز عليها ومنها سرية المحاكمة،

وإعطاء قضايا الأحداث الصفة الاستعجالية، وعدم الحكم على الحدث بالإعدام، وتوقيف الأحداث في دور خاصة بهم، واتخاذ تدابير غير سالبة للحرية بحق هؤلاء الأحداث.

تضمن قانون العقوبات الأردني نصوصاً قانونية تتعلق بحماية الأطفال والنساء من جميع أشكال الإيذاءكما فرض عقوبات علىمرتكبي الجرائم المتعلقة بالإساءة أو الاهمال للأطفال1

1المواد (287 – 291)المتعلقة بالإهمال والإساءة
- المادة (287) من قام بفعلٍ أدى إلى نسب قاصر إلى إمرأة لم تلده أو إلى غير أبيه عوقب بالأشغال الشاقة المؤقتة .
-المادة (288) من أودع قاصراً مأوى اللقطاء وكتم هويته وهو يعلم بأنه مقيدٌ في سجل الأحوال المدنية مولوداً غير شرعي معترف به أو مولوداً شرعياً عوقب بالحبس مدة سنتين على الأقل.
- المادة (289)
1- كل من ترك قاصراً لم يكمل الخامسة عشرة من عمره دون سبب مشروع او معقول ويؤدي الى تعريض حياته للخطر ، او على وجه يحتمل ان يسبب ضررا مستديماً لصحته يعاقب بالحبس من ثلاثة أشهر إلى سنة .
2- وتكون العقوبة الحبس من سنة إلى ثلاث سنوات إذا كان القاصر لم يكمل الثانية عشرة من عمره .
- المادة (290) يعاقب بالحبس من ثلاثة أشهر الى سنة كل من :
1-أ- كان والداً او ولياً او وصياً لقاصر لم يكمل الخامسة عشرة من عمره او كان معهودا اليه شرعا أو قانوناً امر المحافظة عليه والعناية به، ورفض او اهمل تزويده بالطعام والكساء والفراش والضروريات الاخرى مع استطاعته القيام بذلك ، مسببا بعمله هذا الاضرار بصحته .
ب- كان والدا او وليا او وصيا لقاصر لم يكمل الخامسة عشرة من عمره ، او كان معهودا اليه شرعا أو قانوناً أمر المحافظة عليه والعناية به وتخلى عنه قصدا او بدون سبب مشروع او معقول - مع انه قادر على اعالته - وتركه دون وسيلة لإعالته .
2- وتكون العقوبة في أي من الحالات الواردة في الفقرة (1) من هذه المادة الحبس من ستة أشهر إلى سنتين إذا كان القاصر لم يكمل الثانية عشرة من عمره .
المادة (291)
1-أ- من خطف او ابعد قاصرا لم يكمل الثامنة عشرة من عمره ولو برضاه بقصد نزعه من سلطة من له عليه حق الولاية او الحراسة ، عوقب بالحبس من شهر الى سنتين وبالغرامة من ثلاثين ديناراً الى مائة دينار .
ب- وتكون العقوبة الحبس من ثلاثة أشهر إلى سنتين والغرامة من خمسين إلى مائتي دينار إذا لم يكن القاصر قد أكمل الثانية عشرة من عمره .
2- واذا كان القاصر قد خطف او ابعد بالحيلة او القوة كانت العقوبة الحبس من ستة اشهر الى ثلاث سنوات.

وعلى مرتكبي جرائم الإغتصاب وهتك العرض1.

1المواد (292 – 299) جرائم الإغتصاب وهتك العرض
المادة (292) : أ- 1 - من واقع انثى (غير زوجه) بغير رضـــاها ســـواء بالاكراه او بالتهديد او بالحيلة او بالخداع عوقب بالاشغال الشاقة المؤقتة
مدة لا تقل عن خمس عشرة سنة .
2 - كل شخص اقدم على اغتصاب فتاة لم تتم الخامسة عشرة من عمرها يعاقب بالاعدام.
ب- وتكون العقوبة الأشغال الشاقة عشرين سنة إذا كانت المجني عليها قد أكملت الخامسة عشرة و لم تكمل الثامنة عشرة من عمرها .
المادة (293): من واقع انثى (غير زوجه) لا تستطيع المقاومة بسبب ضعف او عجز جسدي او نفســي او عقلي يعد مرتكباً للجرم المنصـوص عليه في المادة (292) من هذا القانون ويعاقب بالعقوبة المنصوص عليها فيها.
المادة (294) : - من واقع انثى (غير زوجه) اكملت الخامسة عشرة ولم تكمل الثامنة عشرة من عمرها عوقب بالاشغال الشاقة المؤقتة مدة لا تقل عنسبع سنوات .
2- وإذا أكملت المجني عليها الثانية عشـــرة ولم تكمل الخامســـة عشـــرة من عمرها فيكون الحد الأدنى للعقوبة خمس عشرة سنة .
3- وإذا لم تكن المجني عليها قد أكملت الثانية عشـــرة من عمرها فيعد مرتكباً للجرم المنصـــوص عليه في الفقرة (2) من المادة (292) من هذا القانون ويعاقب بالعقوبة المنصوص عليها فيها.
المادة (295) : 1-أ- من واقع انثى اكملت الخامسة عشـــرة ولم تكمل الثامنة عشـرة من عمرها وكان الجاني احد اصـولها سـواء كان شـرعيا او غير شـرعي او واقعها احد محارمها او من كان موكلا بتربيتها او رعايتها او له سـلطة شـرعية او قانونية عليها عوقب بالاشـغال الشـاقة عشرين سنة .
ب- وتكون العقوبة الأشغال الشاقة المؤبدة إذا أكملت المجني عليها الثانية عشرة ولم تكمل الخامسة عشرة من عمرها.
2- ويقضـــــي بالعقوبة ذاتها المقررة في الفقرة الســـابقة اذا كان الفاعل رجل دين او مدير مكتب استخدام او عاملاً فيه فارتكب الفعل مسيئا
استعمال السلطة او التسهيلات التي يستمدها من هذه السلطة.
المادة (296) : 1- كل من هتك بالعنف او التهديد عرض إنســان عوقب بالأشـغال الشـاقة مدة لا تنقص عن أربع سنوات.
2- ويكون الحد الأدنى للعقوبة سبع سنوات اذا كان المعتدى عليه لم يتم الخامسة عشرة من عمره.
المادة (297) : يعاقب بالاشغال الشاقة المؤقتة من هتك عرض انسان لا يستطيع المقاومة بسبب عجز جســدي او نقص نفســي او بســبب ما اســتعملنحوه من ضــروب الخداع او حمله على ارتكابه.
المادة (298) : 1- كل من هتك بغير عنف او تهديد عرض ولد - ذكرا كان او انثى- أكمل الخامســـة عشـــرة ولم يكمل الثامنة عشـــرة من عمره او حمله على ارتكاب فعل هتك العرض يعاقب بالاشغال الشاقة المؤقتة مدة لا تزيد على عشر سنوات .
2- ويكون الحد الأدنى للعقوبة خمس سنوات إذا كان المجني عليه قد أكمل الثانية عشرة ولم يكمل الخامسة عشرة من عمره .
المادة (299) : كل من هتك بعنف أو تهديدٍ أو بدونهما عرض ولد - ذكرا كان أو أنثى - لم يكمل الثانية عشـرة من عمره أو حمله على ارتكاب فعل هتك العرض يعاقب بالأشـــــغال الشــاقة المؤقتة مدة لا تقل عن ثماني سنوات.

أوجد المشرع الأردني قانوناً خاصاً للحماية من العنف الأسري وأفرد مجموعة من الضمانات القانونية والقضائية لحماية المعنفين أسرياً وتم تشكيل إدارة حماية الأسرة للتعامل مع قضايا العنف الأسري. ومما يلاحظ عدم تضمين قانون حقوق الأشخاص المعوقين النافذ نصاً يجرم العنف والإساءة ضد الأشخاص ذوي الإعاقة.رغم تعامل ادارة حماية الأسرة مع ما مجموعة 6364 حالة من حالات العنف الأسري منها حالات واقعة على اشخاص ذوي اعاقة لا تزال هذه الادارة بحاجة الى كوادر مدربة للتعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة وخصوصاً الصم منهم.لا يزال الحجم الكلي لظاهرة العنف ضد الأشخاص ذوي الإعاقة غير محدد ولا تتوافر بيانات دقيقة حول أعداد ونسب الأشخاص ذوي الإعاقة من ضحايا العنف الأسري.نص قانون منع الاتجار بالبشر في المادة (9) منه على عقوبة مشددة بحق الجناة في حال كان المجني عليه من ذوي الإعاقة. صادقت المملكة الأردنية الهاشمية على إتفاقية حقوق الطفل والبروتوكول الاختياري الملحق به الذي ينص على حماية الاطفال من البيع والاستغلال وذلك في نص المادة(9) بند (2)

فقرة (ب) من الإتفاقية. كإجراءات وقائية للحد من العنف تقدم بعض الجهات برامج لدعم أهالي الأشخاص ذوي الإعاقة من خلال الزيارات المنزلية لتدريب الأهالي على كيفية التعامل معهم إلا أن فرق الزيارات بحاجة إلى التدريب وبناء القدرات في مهارات الكشف والتعامل مع العنف الأسري.

يتولى المركز الوطني لحقوق الإنسان كهيئة مستقلة رصد ومتابعة انتهاكات حقوق الإنسان بما في ذلك قضايا العنف الأسري الواقعة على الأشخاص ذوي الإعاقة.توجد مؤسسات متخصصة تراعي الحاجات المتنوعة لفئات الأشخاص ذوي الإعاقة ممن يتعرضون للعنف والإساءة لفئات عمرية محددة.

هناك تشريعات وسياسات وبرامج موجهه للحد من العنف ضد النساء والأطفال إلا أنها محدودة الفعالية لتعارضها مع النظرة المجتمعية التقليدية التي تعتبر إدارة شؤون الأسرة وأفرادها أمراً خاصاً تدعمه قوانين الأحوال الشخصية والتقاليد والموروث الثقافي.

المادة (17) **حماية السلامة الشخصية**

ضمنت التشريعات الوطنية الحق في السلامة الشخصية من خلال الدستور[1]، وقانون العقوبات الأردني في المادتين (334،335) اللتان تؤكدان على أهمية حماية الأشخاص وسلامتهم وتفرض عقوبات مشددة في حال إرتكاب أي فعل يسبب الإساءة والإيذاء لهؤلاء الأشخاص.

كفل قانون الصحة العامة الحق للأشخاص، بما في ذلك للأشخاص ذوي الإعاقة، بالموافقة الكاملة والحرة على إجراء أي علاج طبي أو تدخل جراحي يقدم لهم، وتؤخذ موافقة ولي الأمر أو الوصي في حال عدم إدراك الشخص.

يتضمن الدستور الطبي وضع الأطباء تحت طائلة المسؤولية القانونية في حال وقوع أي خطأ طبي يؤثر على سلامة الشخص، وحدد عقوبات مشددة على من يقوم بأخطاء طبية بما في ذلك التجارب الطبية التي تؤثر على الحياة.

لا تجيز التشريعات الأردنية عمليات الإجهاض إلا في الحالات الاستثنائية الواردة في القانون

1المادة (8 / 2) من الدستور تنص على : كل من يقبض عليه أو يوقف أو يحبس أو تقيد حريته تجب معاملته بما يحفظ عليه كرامة الإنسان ، ولا يجوز تعذيبه بأي شكل من الأشكال ، أو إيذاؤه بدنياً أو معنوياً كما لا يجوز حجزه في غير الأماكن التي تجيزها القوانين ، وكل قول يصدر عن أي شخص تحت وطأة أي تعذيب أو إيذاء أو تهديد لا يعتد به.

وذلك حماية للسلامة الشخصية.لتعزيز حق الأشخاص ذوي الإعاقة في السلامة الجسدية والحد من التعديات التي قد تتعرض لها النساء ذوات الإعاقة، فقد تم تنظيم حملة وطنية "لتحريم وتجريم إستئصال الأرحام للمعوقات ذهنياً" في أقاليم المملكة استهدفت (455) أسرة من أهالي النساء المعوقات ذهنياً في هذه الأقاليم.

توجد العديد من منظمات المجتمع المدني تتولى المدافعة عن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في رصد ومتابعة واقع تنفيذ هذا الحق .

المادة (25) **الصحة**

بالرغم من عدم تضمين الدستور نصاً صريحاً يتعلق بالصحة إلا أن هناك نصوصاً تؤكد على حماية القانون وتوفير الطمأنينة لكافة فئات المجتمع بما في ذلك الأشخاص ذوي الإعاقة، علماً بأن الدستور الأردني كفل المساواة للمواطنين في الحقوق والوجبات.بموجب قانون الصحة العامة وتعديلاته تقدم الدولة الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية والرقابية من خلال المستشفيات والمراكز الصحية الأولية والشاملة دون تمييز .

يشتمل النظام الصحي الأردني على خدمات صحية متنوعة ومتقدمة تقوم عليها قطاعات صحية عامه وخاصة ودولية .يقدم النظام الصحي خدمات الرعاية الصحية للمرأة والطفل إثناء فترة الحمل والولادة وما بعدها ويشمل ذلك رقابة نمو الطفل وتقديم المطاعيم وفقاً لمتطلبات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة .تغطى مظلة التأمين الصحي ما يزيد على (80%) من السكان، ويتلقى الأطفال دون السادسة خدمات الرعاية الصحية مجاناً .

في الحالات التي لا يستطيع فيها الأفراد تحمل تكاليف العلاج، تعمل الدولة على توفير وتغطية تكاليف العلاجات المقررة في عطاءات وزارة الصحة.

فيما يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة لا يوجد ما يحول دون تلقيهم للخدمات الصحية المتوفرة في مستشفيات ومراكز وزارة الصحة . (وحسب الاتفاقيات مع الخدمات الطبية الملكية والمستشفيات الجامعية يتم تحويلهم لغايات الدخول فقط، وكغيرهم من غير ذوي الإعاقات (فئة تأمين غير قادرين).

إلى جانب الخدمات والتأمينات الصحية المتوفرة لغالبية أفراد المجتمع تضمن قانون حقوق الأشخاص المعوقين النافذ نصاً خاصاً بشمول الأشخاص ذوي الإعاقة تحت مظلة التأمين الصحي.إدراج الإستراتيجية الوطنية للأشخاص ذوي الإعاقات في جميع مراحلها محوراً خاصاً حول الصحة والإعاقة يهدف إلى حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على خدمات صحية بما في ذلك إيجاد آليات أكثر فاعلية للكشف المبكر والتشخيص والتدخيل المبكر والإحالة.يتوفر تدريب محدود لبعض الكوادر الطبية على أساليب وطرق تقديم الخدمة الصحية للأشخاص من ذوي الإعاقات المختلفة.

بموجب التشريعات الوطنية يعتبر حق الحياة مصوناً للأجنة ويحظر على الطبيب وصف أي عقار إجهاض امرأة حامل أو إجراء إجهاض لها الا إذا شكل الحمل خطراً على حياتها. فيما يتعلق بموافقة الأشخاص ذوي الإعاقة على البرنامج العلاجي تنص التشريعات الوطنية على عدم إخضاع الأشخاص للعلاج والتدخلات الجراحية إلا بمحض إرادتهم وموافقتهم الخطية المسبقة

وفي حال عدم المقدرة على الكتابة أو العجز عن النطق تؤخذ موافقة الأقارب المرافقين. اتخذت الحكومة العديد من الإجراءات والتدابير المتعلقة بتسهيل حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على خدمات إعادة التأهيل الطبي والخدمات المساندة بشكل مجاني أو كلفة رمزية، منها: توفير الخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات الحركية والشلل الدماغي والمحتاجين للأجهزة المساندة وإصابات العمل والإصابات الرياضية مجاناً.الأطراف الصناعية والجبائر والأجهزة المساندة يتم دفع 5% من قيمة الخدمة على أن لا يزيد الحد الأعلى عن 10 دنانير.

تقديم جلسات العلاج الطبيعي والوظيفي للمؤمنين صحياً.

في مجال برامج الكشف والتدخل المبكر تنفذ الجهات الصحية المعنية برامج المسح الطبي والمخبري للمواليد الجدد في كافة المراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة والبالغ عددها (436) مركزاً ويشمل ذلك:

الكشف عن مرض (الفينيل كيتونوريا) (PKU).

نقص إفراز الغدة الدرقية الخلقي للمواليد الجدد من عمر 3-14 يوم.

برنامج الكشف المبكر عن الخلع الوركي والتدخل المبكر ويعمل على تفعيله ومتابعته.

برنامج الكشف المبكر عن ضعف السمع لحديثي الولادة، ويتم إجراء مسح السمع للمواليد الجدد في المستشفيات الحكومية للكشف عن مشاكل السمع عند الأطفال. تحديث وتطوير سجل نمو وتطور الطفل بشكل يمكن كوادر مراكز الأمومة والطفولة التابعة لوزارة الصحة من اكتشاف التأخر النمائي مبكراً وبالتالي تقديم الخدمات والتدخل السريع.إصدار دليل إجرائي لبرنامج البورتيج للتدخل المبكر، وبناء قدرات الكوادر لتنفيذه في الجمعيات ورياض الأطفال في بعض محافظات المملكة.مراجعة وتحليل الخدمات المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة في مراكز التشخيص القائمة وتنفيذ مجموعة من الدورات التدريبية لهذه المراكز.

يوجد في المملكة (4) مراكز خدمات للكشف عن الإعاقات والتشخيص موزعة على كافة أنحاء المملكة وبحسب الكثافة السكانية .

فيما يتعلق بتدريب الأطباء والمتخصصين فقد تم عقد (3) ورش عمل لأطباء مراكز الأمومة والطفولة حول حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة[1]

بالرغم من انتشار مؤسسات الخدمات الصحية لتغطي كافة

المناطق الجغرافية إلا أنها تفتقر إلى المعايير والمواصفات التي تمكنها من تقديم الخدمات الصحية المناسبة للأشخاص من ذوي الإعاقات المختلفة حيث يجد الأشخاص ذوي الإعاقات صعوبة في الوصول إليها والاستخدام الآمن لها، كما تعاني من نقص في توفير المعلومات بأشكال ميسرة ليسهل الاطلاع عليها من قبل الأشخاص ذوي لإعاقة مثل توفيرها بطريقة برايل ولغة الأشخاص.

1 تدريب (70) طبيب في هذه المراكز خلال عام 2008 (بما نسـبته 10% من الأطباء الجاري العمل على تدريبهم لهذه الغاية)، وعقد (10) ورش عمل لأطباء وممرضـات وقابلات مراكز الأمومة والطفولة خلال عام 2009 حيث تم تدريب (160) شـخص من الكوادر الطبية . وقام قسـم تشـخيص الإعاقات المبكرة بإجراء (50) حملة توعوية لأهالي الأشـخاص ذوي الإعاقة في محافظات المملكة المختلفة في الفترة من (2007–2009).

المادة (26) **التأهيل وإعادة التأهيل**

أولت التشريعات الوطنية المتعقلة بالصحة اهتماماً واضحاً لموضوع التأهيل وإعادة التأهيل للأشخاص ذوي الإعاقة.

عرف قانون حقوق الأشخاص المعوقين النافذ بالمادة (2) التأهيل على أنه "نظام خدمات متعدد العناصر يهدف إلى تمكين الشخص ذو الإعاقة من استعادة أو تحقيق قدراته الجسمية أو العقلية أو المهنيةأو الاجتماعية أو الاقتصادية إلى المستوى الذي تسمح به". كما عرف القانون إعادة التأهيل على أنها: "التدابير والبرامج والخطط التي غايتها استرجاع أو تعزيز أو المحافظة على القدرات والمهارات وتطويرها وتنميتها في المجال الصحي أو الوظيفي أو التعليمي أو الاجتماعيأو أي مجال آخر بقدر الامكان بما يحقق تكافؤ الفرص والدمج الكامل للشخص ذو الإعاقة في المجتمع وممارسته لجميع الحقوق والحريات الأساسية على قدم المساواة مع الآخرين".

بالإضافة إلى ذلك اشتمل القانون على تعريف للتأهيل المجتمعي على أنه : "مجموعة برامج في إطار تنمية المجتمع لتحقيق التأهيل وتكافؤ الفرص والدمج الاجتماعي للشخص ذو الإعاقة".

نص القانون النافذ في المادة (4/ د) على الجهات ذات العلاقة لتوفير خدمات وبرامج شاملة للتأهيل وإعادة التأهيل في المجالات المهنية والاجتماعية والخدمات المساندة بجميع أنواعها. تضمنت الاستراتيجية الوطنية للأشخاص ذوي الإعاقة وبجميع مراحلها محوراً خاصاً للتأهيل وإعادة التأهيل يهدف إلى: حصولالأشخاص ذوي الإعاقة بمختلف فئاتهم على خدمات ذات جودة عالية في مجال التأهيل وإعادة التأهيل في كافة المحافظات منها التشخيص وخدمات العلاج الطبيعي والوظيفي والتعليم والتدريب لذوي الإعاقة.

تقدم برامج التأهيل وإعادة التأهيل للأطفال من ذوي الإعاقة في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة كما تقدم المؤسسات الصحية التابعة للقطاعات الحكومية والأهلية والعسكرية هذه الخدمات لبقية الأشخاص من ذوي الإعاقة.توفر الحكومة المعينات اللازمة للأشخاص ذوي الإعاقة الحركية والسمعية والبصرية والأجهزة المساندة. تبنى الحكومة في خططها استراتيجية التأهيل المجتمعي، وتعزز وتدعم انشاء برامج التأهيل المجتمعي بالتعاون مع مؤسسات المجتمع المدني في المجتمعات المحلية. نفذت العديد من برامج بناء القدرات للكوادر البشرية العاملة في المراكز المنتشرة في أنحاء المملكة

لتمكين المجتمعات المحلية والاشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم من إدارة برامج التأهيل المجتمعي وأنشطته القائمة على العمل التطوعي والتشبيك والتنسيق وتدريب الاشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم من خلال الزيارات المنزلية وصولاً لتحقيق الدمج.إضافة إلى إشراك الأسر والأقران في تخطيط وتنفيذ وتقويم الخطة المعدة لتأهيل وإعادة تأهيل الشخص ذو الإعاقة، تقوم بعض الجمعيات ومنظمات الأشخاص ذوي الإعاقة بتوفير البيئة والفرص للأقران وأفراد الأسر لتقديم الدعم للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم من خلال القيام بالأنشطة المشتركة وتبادل الخبرات والآراء حول برامج التأهيل وإعادة التأهيل بما يسهم في مراجعتها وتطويرها. تحرص المملكة الأردنية الهاشمية على المشاركة في الفعاليات الدولية والإقليمية لمواكبة التطورات وتطبيق الاتجاهات والأساليب الحديثة، والإفادة من التقنيات والوسائل المعينة، كما يقدم خبراته للعديد من المجتمعات الصديقة والشقيقة لتعزيز التعاون الدولي وتبادل الخبرات في مجال التأهيل وإعادة التأهيل.تتوفر البرامج التدريبية والتعليمية والدرجات العلمية حالياً في بعض الجامعات الأردنية في كليات علوم التأهيل وكليات التربية الخاصة وانعكاساتها الايجابية على التوعية بالإعاقة والعناية بذوي الإعاقة.

الفصل الرابع
دور التلفزيون في التوعية الصحية

تعد وسائل الإعلام لاسيما التلفزيون من أهم الوسائل لتنمية المجتمع في جميع مجالات الحياة ، ونظراً لدوره الكبير في مجال تثقيف أفراد المجتمع وتوعيتهم، فإن دور الإعلام في مجال التوعية بشكل عام (والصحية بشكل خاص) يعد مدخلاً فاعلاً لتغيير سلوك المجتمع نحو عادات سليمة (الدليمي،2012،ص20).

وتحمل التوعية الصحية أهمية قصوى في حياة الأفراد والمجتمعات، لذلك تتعدد المؤسسات التي تشكّل سلوكيات المجتمع، وتؤثر على عاداتهم الصحية، حيث تعتبر التوعية الصحية حقاً أصيلاً لكل أفراد المجتمع، ومن أهم المؤسسات المعنية بالتوعية الصحية مؤسسة الأسرة والمؤسسة التعليمية والمؤسسة الإعلامية ، ومؤسسات المجتمع المدني.

وتعد علاقة التلفزيون بالتوعية الصحية من موضوعات الإعلام الصحي والوقائي، الذي يهدف إلى خلق وعي صحي ووقائي عام، وعلى هذا تقوم علاقة الإعلام بالمؤسسات الصحية ضمن مستويين،هما: مستوى تعاوني ويتجلى في الإعلام حيث يقوم بإنتاج برامج صحية وينشرها، وتوظف الإعلام لنشر التوعية الصحية،والمستوى الثاني هو مستوى وظيفي الذي يتجلى في المؤسسة الصحية حيث من المفترض أن تتبنى المؤسسات الصحية مخططات التوعية الصحية. تركزهذه الدراسة على الدور الذي يقوم به التلفزيون في مجال التوعية الصحية من خلال البحث بأسلوب علمي عن أثرالتلفزيون كمصدر إعلامي للتوعية الصحية ومدى إفادتها للمواطن في إكسابه السلوك الصحي السليم.ونظراًلأهمية وجدوى مشاركة وسائل الإعلام في نشر التوعية الصحية وإرساء دعائمه للأسر الأردنية باعتبارها من أكثر الفئات تعرضاً لوسائل الإعلام والأكثرأهميـة من شرائح المجتمع في تنمية وغرس مفاهيم التوعية الصحية تأتي هذه الدراسـة لنتعرف من خلالها على دور هذه الوسائل الإعلامية في التوعية الصحية للأسرالأردنية. اختار الباحثان البرامج الصحية التلفزيونية الذي تبث من التلفزيون وتنتمي الدراسة إلى الدراسات الوصفية التي تعتمد على استخدام أسلوب المسح بالعينة .

مشكلة الدراسة وتساؤلاتها :

تتلخص مشكلة الدراسة بالسؤال الرئيسي الآتي :

ما دورالبرامج الصحية التي تبثع لى من التلفزيون في التوعية الصحية ؟

وتتفرع عن هذا السؤال الأسئلة الفرعية الآتية:

ما مدى متابعة الجمهور الأردني البرامج الصحية لغايات التوعية الصحية ؟

ما مدى استفادة الجمهور الأردني من البرامج الصحية من معلومات صحية؟

هل للبرامج الصحية تأثير في التوعية الصحية ومستوى الوعي الصحي لدى المجتمع؟

ما هي آراء واتجاهات المجتمع نحو دور البرامج الصحية في عملية التوعية الصحية ؟

ما درجة الثقة ومستوى مصداقية المعلومات الصحية التي تطرح في البرامج الصحية حسب رأي الجمهور؟

أهداف الدراسة :

التعرف على مدى متابعة الجمهورللبرامج الصحية لغايات التوعية الصحية.

التعرف على مدى استفادة الجمهور من البرامج الصحية من معلومات صحية.

معرفة مدى تأثيرالبرامج الصحية في التوعية الصحية ومستوى الوعي الصحي لدى المجتمع.

معرفة رأي واتجاهات المجتمع نحو دور البرامج الصحية فـي عمليـة التوعية الصحية.

قياس درجة الثقة ومستوى مصداقية المعلومات الصحية التي تطرح في البرامج الصحية حسب رأي الجمهور.

أهمية الدراسة:

لهذه الدراسة أهمية عملية تتمثل في لفت اهتمام المسئولين عن دور التلفزيون كما أن أهميتها تكمن في تناول موضوع قلت الدراسة فيه ولذلك فيمكن أن تكون الدراسة إضافة نوعية في المكتبة العربية.

مصطلحات الدراسة الإجرائية:

مفهوم الدور: ومفهوم الدور إجرائياً في هذه الدراسة يعني المهام والمسؤوليات التي يقوم بها البرنامج الصحي "صحتك بالدنيا" تجاه تعميقأو تطوير التوعية الصحية للمجتمع وإيصال المعلومة الصحية السليمة التي تستطيع من خلالها الاستفادة من هذه المعلومة الصحية في اكتساب سلوكٍ صحيٍ سليمٍ.

مفهوم التوعية الصحية: ويقصد بها في هذه الدراسة عملية تعليم الناس عادات صحية سليمة، وسلوك صحي جديد، ومساعدتهم على نبذ الأفكار والاتجاهات الصحية الخاطئة واستبدالها بسلوك صحي سليم ، وخلق وعي صحي لدى أفراد المجتمع الأردني وتحذيرهم من مخاطر الأوبئة والأمراض التي تهدد الإنسانية، وتربيتهم على القيم الصحية والوقاية المنبثقة من عقيدة المجتمع وطبيعة ثقافته.

حدودالدراسة :

الحدود الزمنية: تم تنفيذ هذه الدراسة من تاريخ 6/1/ 2014 إلى تاريخ 2014/9/1.

الحدودالمكانية: تم تطبيق هذه الدراسة في ثلاثة أحياء من العاصمة عمان(أحياء راقية،أحياء متوسطة، أحياء شعبية).

الحدود البشرية: اقتصرت هذه الدراسة على الأسر في المجتمع الأردني وفقاً لمستوى ارتفاع أو انخفاض تكلفة المستوى المعيشي ونوع السكن.

النظريات المستخدمة في الدراسة:

نظرية الغرس الثقافي (Cultivation theory).

يعتبر جورج جربنر، أول من أشار إلى هذه النظرية في كتاباته التي بينت أن التلفزيون يعتبر قوة مسيطرة في تشكيل المجتمع الحديث، وكانت هذه الأفكار نتيجة الجهود التي قام بها هو ومجموعة من الباحثين في بحث تأثيرات التلفزيون على المجتمع الأمريكي(الدليمي 2014)، وقد أستهدف جورج جيرنبر ما يلي:

تحليل العملية المؤسساتية للإعلام، أي دراسة سياسات الاتصال وتأثيرها على أنتاج مضمون الرسائل الإعلامية، ومعرفة إن كانت الدراما الموجهة مخططاً لها أم لا. تحليل محتوى الرسائل الإعلامية وتحديد الأفكار والقيم والصور الذهنية الأكثر شيوعاً وتكراراً في الرسائل الإعلامية، وخاصة في عالم التلفزيون والمحتوى الدرامي بشكل أساسي. تحديد الإسهام المستقل للتلفزيون في تكوين مفاهيم المشاهدين عن الواقع الاجتماعي، أي غرس تصورات وقيم لدى المشاهدين، والغرس هو المكون الثالث لهذا المشروع

(Signorielli& Morgan, 1995, p14).

إن الغرس يعني كثافة التعرض للتلفزيون والتعلم من خلال ملاحظة الصورة عبر الاستخدام الانتقائي للرسائل، والتي تقود المشاهد إلى الاعتقاد بأن العالم الذي يشاهده على شاشة التلفزيون هو صورة من العالم الواقعي الذي يعيش فيه، وتحدث عملية الغرس عبر النقل المكثف للصورة الرمزية للأحداث، فتتكون الثقافة التي هي عبارة عن وعاء من الرموز والصور الذهنية التي تنظم العلاقات الاجتماعية . (الدليمي 2012 الإعلام والطفل ص 89)

وتعد نظرية الغرس المكون الثالث من مكونات مشروع المؤشرات الثقافية، وهذا المشروع يهدف إلى إقامة الدليل التجريبي على تأثير وسائل الاتصال الجماهيرية على البيئة الثقافية ، حيث ترى نظرية الغرس أن التلفاز من بين وسائل الإعلام الأخرى يعد الأساس الثقافي المركزي للمجتمع، وأنهي قدم القصص وإنه المصمم الأساسي للصور الرمزية التي تساهم في تكوين المعتقدات عن العالم الحقيقي(Morgan, 2009, P83)، وتصنف نظرية الغرس الثقافي ضمن نظريات التأثير المعتدل لوسائل الإعلام Moderate effects theoriesوالتي تتميز بالتوازن والاعتدال ، بحيث لا تضخم في وسائل الإعلام ولا تقلل من هذه القوة (الدليمي 2014)، ولكنها تقوم على العلاقات طويلة الأمد بين اتجاهات وآراء الأفراد من ناحية، وعادات مشاهداتهم من ناحية أخرى(زكريا، 2002،ص18)، لذا يمكن القول أن نظرية الغرس ليستبديلةً، وإنما مكملة ًللدراسات والبحوث التقليدية لتأثيرات وسائل الإعلام، ففي الغرس الثقافي لا يوجد نموذج قبل أو بعد التعرض، ولا نموذج للاستعدادات المسبقة كمتغيرات وسيطة لأن التلفاز يشاهده الأفراد منذ الطفولة ،كما أنهي شكل دورا ًكبيراً في هذه الاستعدادات المسبقة التي تعتبر متغيرات وسيطة بعد ذلك(اللحياني، 2008،ص47).

وتهدف هذه النظرية إلى قياس نتيجة تعرض المشاهدين لوسائل الإعلام بشكل عام والتلفاز بشكل خاص، وأثر تكرار المشاهدة والتشابه في المضامين المعروضة على إدراك المشاهدين للواقع الاجتماعي الحقيقي والواقع الصوري الذي تقدمه وسائل الإعلام (شقير، 2002،ص8).

كما ركزت النظرية على دور الرسالة الإعلامية عـلى الجمهور في غرس الثقافة عند الجمهور بشكل عام، والفئات التي تجلس طويلا أمامه (الأطفال – سـيدات البيوت - المراهقين) مع إمـكانية تطبيقها على وسـائل الإعلام الأخرى (حوات، 2002،ص9).

إن عملية الغرس الثقافي ليست عبارة عن تدفـق موجة من التأثيـرات من التلفزيون إلى الجمهور المتلقين ولكنها جزء من عملـية مستمرة، وديناميكية للتفاعل بين الرسائل والسياقات، ومشاهدة التلفزيون ترتبط بطرق عديدة بمختلف الجماعات، والمواقف الحياتية وصور العالم.

ومن جانب اخر فإن نظرية الغرس الثقافي تعتمد على هيمنة الصور التلفزيونية على المشاهدين، فأنه يعتبر أيضاً كمصدر للمعلومات والمعارف(Berry, 2003, P12) .

ويرى الباحثان أن نظرية الغرس الثقافي تشير إلى أن التلفزيون أصبح أحد أفراد العائلة، حيث يبدأ الأفراد بالارتباط به في سن مبكرة، كما يؤدي دورا ًثقافياً، فهو يزود المشاهدين بالمعلومات الدينية والتاريخية والجغرافية وسائر المعارف.

نظريةالاستخداماتوالاشباعات :

إن هذه النظرية تهتم بدراسة لاتصال الجماهيري بشكل وظيفي منظم، حيث يرى مؤيدو هذه النظرية أنها تنطلق من خمس فروض أساسية على النحوالآتي: (مكاوي،والسيد، 2006،ص239).

1. إن أعضاء الجمهور مشاركون فعال ونفي عملية الاتصال الجماهيري ويستخدمون وسائل الاتصال لتحقيق أهداف مقصودة تلبي توقعاتهم.

2. يُعبر استخدام وسائل الاتصال عن الحاجات الت ييدركها أعضاء الجمهور ويتحكم في ذلك عوامل الفروق الفردية وعوامل التفاعل الاجتماعي، وتتنوع الحاجات باختلاف الأفراد.

3.التأكيد على أنا لجمهور هو الذي يختار الرسائل والمضمون الذي يشبع حاجاته فالأفراد هم الذين يستخدمون وسائل الاتصال، وليست وسائل الاتصال هي التي تستخدمهم.

4.يستطيع أفراد الجمهور دائما تحديد حاجاتهم، ودوافعهم بالتالي يختارون الوسائل التي تشبع تلك الحاجات.

5. يمكن الاستدلال على المعايير الثقافية السائدة من خلال استخدامات الجمهور لوسائل الاتصال،وليس من خلال محتوى الرسالة فقط.

ويشتمل نشاط الجمهور على الجوانب التالية (الدليمي 2014):

أ)الاختيار :

تعنى قدرة الجمهور على الاختيار من بين وسائل الإعلام المختلفة واختيار المضامين فيها.

ب)المنفعية :

يمثل ذلك تجسيداً لاهتمامات الجمهور حيث يشيعون مجموعة من الاحتياجات أثناء التعرض لوسائل الإعلام.

ت)العمدية :

إن الجمهور النشط وفقا ًلهذا التعريف هم الذين ينغمسون في عملية إدراكية نشطه من استقبال المعلومات والخبرات في وسائل الإعلام.

ث)المقاومة للتأثر :

تركز عملية النشاط على القيود التي يضعها الجمهور لمنع وصول التأثيرات غير المرغوبة.

ج)المشاركة :

كلما كان الجمهور أكثر متابعة للوسيلة الإعلامية ،زادت مشاركتهم فيها (أسعد، 2011،ص 58).

ومن أهم العناصر الأساسية لنظرية الاستخدامات والإشباعات:

1) الجمهور النشط: افترضت النظريات القديمة أن الجمهور متلقي سلبي، حتى ظهر مفهوم الجمهور العنيد الإيجابي، الذي يبحث عما يريد التعرض إليه، ويتحكم في اختيارالوسائل التي تلبي احتياجاته، والمضامين التي تحقق إشباعاته (الغريب، 2001،ص 179).

2) دوافع تعرض الجمهور لوسائل الإعلام :

تقسم دراسات الاتصال دوافع التعرض إلى فئتين ذكرها (الدليمي 2014)،وهي كالتالي:

دوافع منفعية:

تستهدف التعرف على الذات، واكتساب المعرفة والمعلومات والخبرات وجميع أشكال التعلم بوجه عام، تلك الأشكال التي تعكسها نشرات الأخبار، والبرامج التعليمية والثقافية.

دوافع طقوسية:

تستهدف تمضية الوقت والاسترخاء والصداقة والألفة مع الوسيلة والهروب من المشكلات، وتنعكس هذه الفئة في البرامج الخيالية مثل: المسلسلات، والأفلام، والمنوعات.

3) الإشباعات المتحققة من التعرض لوسائل الإعلام:

وقد صنف لورنس وينرwenner الإشباعات التي يبحث الجمهور لتحقيقها إلى نوعين هما كما يذكرها(محمد، 2000،ص141) كما يلي:

اشباعات المحتوى: وهي الإشباعات التي تنتج عن التعرض لمحتوى الرسالة الإعلامية وترتبط بها أكثر من ارتباطها بنوع الوسيلة المستخدمة.

اشباعات عملية الاتصال: وهي الإشباعات التي تتحقق نتيجة اختيار الفرد لوسيلة اتصال معينة ولا ترتبط مباشرة بخصائص الوسيلة، وتنقسم إلى:

اشباعات شبه توجيهية.

اشباعات شبه اجتماعية.

أهداف نظرية الإشباعات والاستخدامات :

تسعى النظرية لتحقيق الأهداف التالية :(الدليمي 2014)

الكشف عن كيفية استخدام الأفراد لوسائل الإعلام.

الكشف عن دوافع الاستخدام لوسيلة معينة.

الفهم العميق لعملية الاتصال من خلال النتائج التي يتم التوصل إليها.

الكشف عن"الإشباعات المطلوبة" التي يسعى الفرد إلى تلبيتها من خلال استخدامه لوسائل الاتصال"والإشباعات المختلفة" من وراء هذا الاستخدام.

الكشف عن العلاقات المتبادلة بين "دوافع الاستخدام" و"أنماط التعرض" لوسائل الاتصال والإشباعات الناتجة عن ذلك.

معرفة دور المتغيرات الوسيطة من حيث مدى تأثيرها في كل من استخدامات الوسائل واشباعاتها (أسعد،2011،ص 57).

لجأ الباحثان إلى استخدام هذه النظرية في الدراسة نظرا لارتباطها الوثيق بمدى متابعة الجمهور الأردني لبرنامج صحتك بالدنيا لغايات التوعية الصحي حيث تؤكد النظرية على أن الجمهور يستخدم وسائل الإعلام لاشباع حاجاته، والحاجات في هذه الدراسة تتمثل في التوعية الصحية.

الإعلام والتوعية الصحية:

يسهم الإعلام الصحي في نقل الخبرات العالمية وتسليط الضوء على التجارب الصحية الناجحة والقضايا الطبية؛ للاستفادة منها إضافة إلى دوره في إكساب المعرفة

وتزويد المتلقي بمعلومات صحية مستقاة من العاملين في المجال الصحي، كما أن الدور الأهم الذي يمكن أن يقوم به الإعلام الصحي هو التعامل بشفافية مع الواقع الصحي بكل أبعاده بما فيه اكتشافه للأخطاء الطبية ورصد الإنجازات الصحية التي تتحقق على المستوى الوطني والإقليمي والدولي والمحافظة على هذه الانجازات(Merton & Julie , 2001, p5).وتعد التوعية الصحية من المهام التي ينبغي لوسائل الإعلام أن تقوم بها، فهي قادرة على إحداث التثقيف الصحي في المجتمع، حيث تهدف التوعية الصحية إلى تحسين المستوى الصحي على مستوى الفرد والمجتمع ككل، كما تهدف إلى توجيه أفراد المجتمع لإتباع السلوك الصحي الصحيح، وتغيير مفاهيمهم الصحية الخاطئة، وإكسابهم ثقافة صحية سليمة(المزروع، 2003، ص103).

ويعتقد الباحثان إن التوعية الصحيةتسهم في تبنّي أفراد المجتمع نمط حياة وممارسات صحية سليمة، من أجل رفع المستوى الصحي للمجتمع، والحدّ من انتشار الأمراض، والتوعية الصحية تحقق هذا الهدف بنشر المفاهيم الصحية السليمة في المجتمع ، وتعريف الناس بأخطار الأمراض، وإرشادهم إلى وسائل الوقاية منها.

التوعية الصحية:

تعرف التوعية الصحية بأنها "مجموع الأنشطة التواصلية والإعلامية والتربوية الهادفة إلى خلق وعي صحي لإطلاع الناس على واقع الصحة، وتحذيرهم من مخاطر الأوبئة والأمراض المحدقة بالإنسان من أجل تربية فئات المجتمع على القيم الصحية، والوقائية المنبثقة من عقيدة المجتمع ومن ثقافته" (خوجة، 2001، ص57).وتُعرف بأنها "العملية التي تستهدف تعليمالناسعاداتصحيةسليمة، وسلوك صحيجديد، ومساعدتهم على نبذ الأفكار والاتجاهات الصحية الخاطئة واستبدالها بسلوك صحي سليم باستخدام وسائل الاتصال الجماهيرية" (احمرو، 2006، ص19).

أهمية التوعية الصحية:

إن التوعية الصحية تُمكن الأفراد من التمتع بنظرة صحية تساعدهم في تفسير الظواهر الصحية وتجعلهم قادرين على البحث عن أسباب الأمراض وعللها بما يمكنهم من تجنبها والوقاية منها، كما أن التوعية الصحية بمثابة رصيد معرفي يستفيد منه أفراد المجتمع من خلال توظيفهم لها في وقت الحاجة في اتخاذ قرارات صحيحة صائبة إزاء ما يعترضهم من مشكلات صحية، كما تخلق التوعية الصحية روح الاعتزاز والتقدير والثقة بالعلم كوسيلة من وسائل الخير وبالعلماء المتخصصين في الصحة، إضافة إلى ذلك تولد التوعية الصحية لدى أفراد المجتمع الرغبة في الاستطلاع وتغرس فيهم حب اكتشاف المزيد منها كونها نشاط غير جامد يتسم بالتطور المتسارع(الزكري، 2007، ص54).

دور وسائل الإعلام في التوعية الصحية:

تتميز وسائل الإعلام في العصر الحالي بقدرتها على التأثير في مختلف شرائح المجتمع، ولها قدرة على تغيير سلوك ونظرة وممارسة أفراد المجتمع، فمن خلال وسائل الإعلام يمكن إيصال الرسائل الإعلامية الصحية التي تثقف أفراد المجتمع وتزيد من وعيهم الصحي(Carter & Marshall, 2007, p27).إن لوسائل الإعلام ميزات عديدة أهمها الانتشار الواسع ، فهي تتمتع بحكم هذا الانتشار بنفوذ قوي وأثر كبير في تغيير سلوك واتجاهات وممارسات الأفراد،إذ أن الإعلام الجيد يمكنه تنمية اتجاهات صحية تفيد في بناء البرامج والخدمات والتعريف بها، والتوعية بشأنها، ودعمها نفسياً واجتماعياً ومالياً وقومياً، فالإعلام عليه مسئوليات قومية تجاه كل من الفرد ، والأسرة ، والمجتمع بوجه عام، ومن بين وسائل الإعلام التي تلعب دوراً حيوياً في التوعية بالقضايا الصحية: (الببلاوي، 2013، ص2-3).

إن التلفزيون من أجهزة الإعلام ذات التأثير الكبير، وله قدرة على تعديل سلوك الكبار والصغار بشكل واضح؛ ولذلك يمكن استخدامه في شتى مجالات وطرق التثقيف الصحي،

فمن خلاله يمكن بث المحاضرات، والندوات، والعروض التوضيحية، والأفلام والمسلسلات التي تهدف إلى التوعية الصحية وإيصالها للمتلقي بطريقة مشوقة تعتبر التوعية الصحية موضوعا من موضوعات الإعلام الصحي والوقائي وهدفهما المشترك هو خلق وعي صحي يمكن الناس من تجنب الأمراض الخطيرة، ويمكن تلخيص أهمية التلفاز فيما يلي(الدليمي 2013)

1) إن التلفاز يجمع بين الكلمة المسموعة والصورة المرئية مما يزيد من قوة تأثيرها.

2) إن التلفاز يتميز بقدرته على جذب المشاهد وخاصة المراهقين وتحقيق درجة عالية من المشاركة من خلال ما يقدمه من مواد تعليمية وترفيهية إضافة إلى التأثير الاجتماعي الذي يقوم به.

3) إن التلفاز يخاطب الجمهور مباشرة، فالمرسل في هذه الوسيلة يخاطب المستقبل وجها لوجه، حيث يخزن الوقائع والصور ويختصر الزمن بين وقوع الأحداث وعرضها على المشاهدين مباشرة أو بعد حين(الأصفر، 1993،ص 212).

4) تتميز قنوات التلفاز بقدرتها نقل الأحداث الاجتماعية على الهواء ساعة وقوعها ونقل الكثير من الجوانب الثقافية والمعنوية والمادية للمشاهد ونقل خبرات الأشخاص ذوي المواهب والتخصصات النادرة، وإلقاء المحاضرات وعرض البرامج والندوات والأفلام العلمية والوثائقية والتاريخية ونقل حياة الشعوب وأساليب حياتها(شراب، 1996،ص111).

5) الصورة المتحركة الناطقة التي يقدمها التلفاز تجعل المشاهد يتابع الأحداث في مكانه دون أن يكلف نفسه عناء السفر أو الخروج من منزله للبحث عنها، مما يوفر الوقت والجهد والمال (زكريا،2002ص22).

6) يتميز التلفاز بقدرته على تحويل المجردات إلى محسوسات، ويعتبر وسيلة جذابة للكبار ومحببة للصغار، فهو يمتلك القدرة الفنية التي تمكنه من تحويل الخيال إلى صورة واقعية والواقع إلى خيال فهو وسيلة ناجحة للدعاية والإعلان (زكريا،2002، ص22).

ولقد تحولت القنوات التلفزيون إلى ظاهرة اجتماعية عامة الأمر الذي حفّز العديد من الباحثين في مجال علم النفس الاجتماعي وعلم الاجتماع الإعلامي إلى دراستها كظاهرة لها أثارها الاجتماعية والنفسية والثقافية، وتتبع هذه الآثار في أنماط تفكير وسلوك المشاهدين،

ومعرفة الأثر الاجتماعي الذي يلعبه التلفاز في التنشئة الاجتماعية وما قد تغرسه من قيم وسلوكيات تؤثر في المظهر الخارجي والتوافق الاجتماعي (المبرز، 2011،ص47).ويقدم التلفاز العديد من خدمات التوعية الصحية وذلك ويتضمن ما يلي: (السباعي، 2006،ص8).

نشر المعلومات العامة الصحية:

إن نشر المعلومات السليمة عن الصحة هو أهم عنصر يجب أخذه بالاعتبار عند وضع برامج التوعية الصحية، لأن خلق قاعدة واسعة من المفاهيم الصحية السليمة هو سر نجاح آلية برامج التوعية الصحية لفئات محددة.

غرس السلوكيات الصحية:

من المسلم به أن هناك سلوكيات صحية يجب أن ندرب الناس عليها، وتتعلق هذه السلوكيات بالفرد بصورة خاصة ونقصد بذلك كيفية تعامله بالأسلوب السليم المبني على القواعد الصحية السليمة، كأن يتعود الإنسان على أنماط صحية تساعده على التمتع بحياته ، كأن نعلمها ختيار المأكل والمشرب النظيف (باريان، 2005،ص51).

تغيير السلوكيات غير الصحية:

تنتشر في بعض المجتمعات سلوكيات غير صحية كالتدخين أو تعاطي المخدرات وغيرها الأمر الذي قد يعرض المجتمع إلى أمراض خطيرة والتي بدورها تحرم المجتمع من عطاء هذه الفئات المصابة وتكلف الدولة مبالغ باهظة. ومثل هذا الأمر يحتاج إلى برامج متخصصة ذات خطاب محدد لاختيار أساليب فعالة تصل إلى هذه الفئات لتغير من سلوكها الخاطئ.

خلق قيادات التوعية الصحية

إن أهم عنصر في عمليات التوعية الصحية عبر التلفاز هو العنصر البشري، وهذا العنصر له دور فعال لتحقيق الغايات والأهداف المنشودة من الخطاب الصحي، ومن المؤسف جداً أن هذه الفئة من المتخصصين ليست متوفرة بالشكل المطلوب، وهذا الأمر يتطلب جهداً من قبل مراكز التعليم المختلفة لإعداد القيادات الصحية، كما يجب الحرص على تهيئة جميع مناهج التعليم بصورة خاصة حتى نتمكن من تحقيق التواصل بين القيادات المتخصصة في المهنة

وبين القيادات القائمة على تعليم الأجيال المختلفة والفئات التي تقوم برعاية هذه الأجيال صحياً إضافة للعاملين في مجالات الإعلام بوسائلها المختلفة فمن دون ذلك لن يتحقق الهدف الأساسي من التوعية الصحية بصورة عامة(العوضي، 1997،ص70).

وهذا يعني أن التوعية الصحية يجب ألا تفهم بصورة ضيقة تتعلق بوجود المرض أو غيابه بل يجب أن تكون أوسع من هذا المفهوم الضيق باعتبارها تتعلق بحياة الإنسان اليومية وتدرس كنمط من أنماطها وتحاول التأثير عليها بما يحقق للإنسان الصحة والعافية بمفهومها الواسع

وتحدد علاقة التوعية الصحية بالإعلام في مستويين هما: (الموسى، 2003، ص8).

1- مستوى تعاوني : توظيف الإعلام بغية تنمية التوعية الصحية، والتعريف ببرامج الإعلام الصحي الوقائي

2- مستوى وظيفي : تبني سياسة إعلامية تواصلية تحترم عقيدة المجتمع وثقافته من خلال معرفة الخبر الصادق والإحاطة بالقضايا الصحية، ونشر القيم الصحية بين أفراد المجتمع.

وعلى الرغم من أهمية وسائل الإعلام في التوعية، إلا أن الباحثين يريان أنها ليست الوحيدة لتحقيق وبلوغ تلك الأهداف، فهناك جماعات مؤثرة أخرى مثل الأصدقاء وأفراد الأسرة والنظم التربوية والسياسية، ولكن قوة وسائل الإعلام هي في السيطرة على مصادر معلومات معينة يحتاجها الأفراد لتحقيق أهدافهم الشخصية، وكلما تطور المجتمع ازدادت احتياجاته لمصادر المعلومات من وسائل الإعلام المختلفة.(الدليمي 2013 ص46)

الفصل الخامس
الهاتف الجوال والصحة

تشهد تقنيات الهاتف الجوال تطورا متسارعا على الصعيدين الوطني والدولي مما يساهم في تقريب الخدمات المتنقلة من مستعمليها وتنويعها وتأمين جودتها خاصة منها المتعلقة بالمهاتفة والأنترنات والمنتوجات الرقمية. ولقد فاق عدد محطات الهاتف الجوال في العالم الأربع مليون هوائي خلال سنة 2009، تبث إشارات راديوية لا تختلف من حيث طبيعتها ومستوى إشعاعاتها على الإشارات الراديوية التي أصبح الإنسان يعيش يوميا صلبها ويستقبلها عند استعمال مختلف التجهيزات الراديوية.

يقع تركيز هوائيات الهاتف الجوال بالمناطق العمرانية والمناطق الريفية على حد السواء لتوفير التغطية اللازمة حسب كثافة المستعملين وذلك لضمان جودة الخدمات المقدمة ولتفادي صدور الطاقة القصوى من الأجهزة الطرفية للتواصل مع المحطة القاعدية عند الترابط

وبالتالي ازدياد مستويات التعرض للحقول الكهرومغناطيسية وبذلك دأبت بعض الدول إلى تكثيف هذه المحطات بالمناطق السكنية مع التخفيض في مستوى الإرسال.

إن الهوائيات تقوم بإصدار الحقول الكهرومغناطيسية طبقا لحاجيات المستعملين (الهواتف الجوالة المرتبطة بالمحطة في ذلك الوقت) أي أنها لا تعتمد قوتها القصوى بصفة متواصلة.

تطور عدد المحطات القاعدية للهاتف الجوال المركزة في تونس مع ازدياد عدد المشغلين وتطوير شبكة الاتصال من الجيل الثالث ليصبح قرابة 5000 محطة قاعدية للهاتف الجوال.

تطور عدد مستعملي الهاتف الجوال على مستوى وطني ليفوق 10 مليون مشترك خلال سنة 2010.

نتائج استطلاعات الرأي المنجزة على المستوى الأوروبي حول أهمية الهاتف الجوال في الحياة اليومية خاصة لدى الشباب بينت أن أكثر من 90% منهم يعتقد أن الهاتف الجوال مهم جدا(ويعتقد أنه بالمثل بنسبة لتونس).

حوصلة لنتائج البحث العلمي وتقارير تقييم المخاطر الصحية للتعرض للحقول الكهرومغناطيسية الصادرة عن هوائيات الهاتف الجوال على المستوى الدولي

منذ تطور تكنولوجيات الهاتف الجوال في أوائل الثمانينات من القرن الماضي طفح على السطح إشكال التأثيرات الصحية المحتملة لهذه التكنولوجيا حيث قامت الكثير من الهياكل والمنظمات العلمية والعالمية بإجراء البحوث والدراسات المتعلقة بهذا المجال، كما صدر في الغرض عدة تقارير نذكر منها على سبيل الذكر لا الحصر توصيات منظمة الصحة العالمية واللجنة الدولية للوقاية من الإشعاعات غير المؤينة والمجموعة الأوروبية والوكالة الفرنسية للسلامة الصحية واللجنة الفدرالية للاتصالات بالولايات المتحدة الأمريكية والديوان الفدرالي السويسري للصحة العامة ووزارة الصحة الكندية.

وأفضت نتائج هذه الدراسات والبحوث إلى توصيات في مجملها متوافقة على ضرورة مواصلة البحث العلمي واعتماد بعض الإجراءات الاحتياطية في ظل عدم الجزم العلمي في الموضوع.

وهذه مقتطفات من خلاصات هذه التقارير الدولية:

منظمة الصحة العالمية : أمام المعطيات العلمية المتوفرة حاليا لا يوجد دليل علمي على أن المستويات الحالية الضعيفة للإشعاعات غير المؤينة الصادرة عن هوائيات الهاتف الجوال وشبكات الاتصالات اللاسلكية الأخرى التي يتعرض لها الناس تسبب تأثيرات صحية ضارة.

اللجنة الدولية للوقاية من الإشعاعات غير المؤينة (منظمة علمية مستقلة تضم خبراء معترف بها من طرف منظمة الصحة العالمية): أفادت هذه المنظمة في سنة 2009 أن الدراسات العلمية المتوفرة حاليا لا تؤكد أن الحقول الصادرة عن هوائيات الهاتف الجوال تمثل خطرا على الصحة، وأشارت إلى قلة احتمال أن تكون المستويات الضعيفة للتعرض لها تأثيرات صحية. المجموعة الأوروبية: أفادت اللجان العلمية للمجموعة الأوروبية (2009) بأنه لا يوجد أي تأثير صحي تم إثباته بطريقة علمية متجانسة، مرتبط بالتعرض للترددات الراديوية بنسب أقل من الحدود القصوى المنصوح بها من طرف المجموعة الأوروبية. كما اعتمدت عدة دول أوروبية مبدأ الاحتياط بالتخفيض في الحدود القصوى للتعرض واتخاذ إجراءات سلامة صارمة. الوكالة الفرنسية للسلامة الصحية للأغذية والبيئة والعمل (أكتوبر 2009):

إن المعطيات المتوفرة من البحوث التجريبية لا تشير إلى وجود مخاطر صحية على المدى القصير ولا حتى البعيد، كما أن المعطيات الوبائية لا تشير أيضا إلى وجود مخاطر صحية على المستوى القصير نتيجة التعرض للترددات الراديوية. لكن بعض التساؤلات مازالت قائمة حول آثارها على المدى البعيد حتى وإن لم توجد أية آلية بيولوجية لدعم هذه الفرضية إلى حد الآن.اللجنة الفدرالية للاتصالات بالولايات المتحدة الأمريكية: تعتبر هذه اللجنة أن البحوث المنجزة من طرف مختلف فرق العمل حول الترددات الراديوية أثبتت أن هذه الترددات لا تسبب تأثيرات على الصحة إذا كانت الحدود القصوى للتعرض محترمة. الكنفدرالية السويسرية: أوضحت أن الحدود القصوى المقترحة من طرف اللجنة الدولية للوقاية من الإشعاعات غير المؤينة تؤمن سلامة المواطن على المدى القريب ولا داعي للتخوف من التأثيرات السلبية على الصحة لتركيز هوائيات الهاتف الجوال. أما فيما يتعلق بتأثيرات الترددات الراديوية على المدى البعيد فإنه لا توجد دراسات مسجلة في الغرض.كندا: أفادت المؤسسة الملكية الكندية أن نتائج الدراسات لا تمّكن من تحديد علاقة واضحة بين التأثيرات الصحية والتعرض للترددات الراديوية وأن الإثبات العلمي ليس مكتملا

ولا يمّكن من إزالة إمكانية أن تكون للتأثيرات البيولوجية غير الحرارية تأثيرات صحية مقلقة. وأفادت وزارة الصحة الكندية بناء على الحدود القصوى المعتمدة وعلى نتائج مراقبة القياسات أنه لا توجد دواعي علمية لاعتبار الترددات الراديوية للمحطات القاعدية للهاتف الجوال خطيرة على الصحة. وأمام هذا التطور لمصادر التعرض للحقول الكهرومغناطيسية أوصت منظمة الصحة العالمية مختلف الدول الأعضاء بضرورة اعتماد نصوص قانونية وترتيبية تضبط الحدود القصوى لتعرض العموم للإشعاعات غير المؤينة على الصحة بالاستناد إلى دليل اللجنة الدولية للوقاية من الإشعاعات غير المؤينة والمعهد الأمريكي للهندسة الكهربائية والالكترونية.كما أقرت الهيئات المذكورة أعلاه بأن الحدود القصوى المعتمدة حاليا تؤمن سلامة المواطن بما أنها أقل بخمسين مرة من المستويات التي تسبب آثارا سلبية على صحة الإنسان.ولا يزال هذا الموضوع يثير انشغال الهياكل الصحية على المستوى الدولي والوطني واهتمامات مختلف وسائل الإعلام بالإضافة إلى مخاوف المواطنين والجمعيات غير الحكومية.المستجدات العلمية بخصوص تصنيف الترددات الراديوية من طرف الوكالة الدولية لبحوث السرطان : آخرها ما صدر عن الوكالة الدولية لبحوث السرطان في ماي 2011

والمتعلقة بتصنيف الترددات الراديوية ضمن العوامل التي يمكن أن تسبب السرطان (الدرجة 2 ب)، تقدم الوكالة الوطنية للرقابة الصحية والبيئية البيانات التالية :

يحتوي سلّم الوكالة الدولية لبحوث السرطان على 5 درجات حسب قوة الأدلة العلمية المتوفرة كالآتي:

الدرجة 1 : المادة أو التعرض مسرطن للإنسان (على غرار التدخين والصخر الحريري).

الدرجة 2 أ : احتمال أن تكون المادة أو التعرض مسرطن للإنسان (على غرار الديبزال).

الدرجة 2 ب : المادة أو التعرض يمكن أن يسبب السرطان للإنسان (على غرار القهوة والحقول المغناطيسية للكهرباء وعدة مواد كيميائية).

الدرجة 3 : المادة أو التعرض لا يصنف من حيث صفاته المسرطنة للإنسان.

الدرجة 4 : احتمال أن تكون المادة أو التعرض غير مسرطن للإنسان.

استند تصنيف الترددات الراديوية في الدرجة 2 ب إلى تقييم مختلف الدراسات الوبائية والبيولوجية المتوفرة والتي بينت أن الأدلة بين استعمال الهاتف الجوال وبعض أنواع السرطان كانت محدودة.

على المستوى الوطني :

في إطار مهامها المتعلقة بالتنسيق بين مختلف الهياكل المكلفة بالمراقبة وبتقييم المخاطر الصحية واليقظة العلمية، اهتمت الوكالة الوطنية للرقابة الصحية والبيئية للمنتجات منذ سنة 2001 بالتأثيرات الصحية للحقول الكهرومغناطيسية للهاتف الجوال وبدراسة هذا الملف بهدف تطوير المعارف الوطنية ومتابعة المستجدات العلمية العالمية واتخاذ الإجراءات الوقائية من التأثيرات المحتملة للإشعاعات غير المؤينة على الصحة. وقد تم -منذ سنة 2001- إحداث لجنة فنية لدراسة مؤثرات الإشعاعات غير المؤينة على الصحة صلب الوكالة تضم ممثلين عن مختلف الهياكل المتدخلة (الجماعات المحلية، الاتصالات، البيئة، التجهيز، الشؤون الاجتماعية، الصناعة والصحة) وخبراء في مجال الصحة وتكنولوجيات الاتصال

حيث قامت بضبط المقاييس المرجعية والإجراءات الترتيبية لتركيز هوائيات الهاتف الجوال وإعلام المشغلين بها. وقد تم تحيين تركيبة هذه اللجنة الجديدة ومهامها بمقتضى قرار السيد وزير الصحة العمومية المؤرخ في 24 جوان 2010. واستجابة لتزايد تساؤلات المواطن حول التأثيرات الصحية للحقول الكهرومغناطيسية الصادرة عن هوائيات الهاتف الجوال التي تطور عددها في مختلف المدن والقرى والأرياف، وأمام التكاثر غير المسبوق لعدد التشكيات الواردة على الوكالة من المواطنين حول تركيز هوائيات المحطات القاعدية للهاتف الجوال والذي تجاوز 250 شكوى خلال سنة 2010، ومن منطلق مهامها وحرصها على المساهمة في تأمين السلامة الصحية للمواطن عبر تقييم المخاطر الصحية لمختلف العوامل البيئية، والشفافية في تقديم المعلومة العلمية الصحيحة طبقا لآخر توصيات وتقارير المنظمات الدولية والوطنية المعروفة في مجال السلامة الصحية، وذلك استنادا إلى :اعتماد اليقظة المستمرة لرصد المعطيات العلمية.

تحليل ودراسة أحدث التقارير حول المخاطر الصحية للحقول الكهرومغناطيسية للهاتف الجوال الصادرة عن المنظمات والهياكل الدولية الناشطة في هذا المجال خاصة منها منظمة الصحة العالمية واللجنة الدولية للوقاية من الإشعاعات غير المؤينة إلى جانب المؤسسات الوطنية بعدة دول أوروبية وأمريكية. متابعة نتائج عمليات مراقبة مستويات الحقول الصادرة عن المحطات القاعدية للهاتف الجوال التي تقوم بها الوكالة الوطنية للترددات بكامل تراب الجمهورية والتي بلغ عددها 365 قياسا وبينت أن مستويات الحقول ضعيفة وأن كل القياسات لم تتجاوز

الحدود القصوى المعتمدة دوليا لتعرض العموم للإشعاعات غير المؤينة الصادرة عن محطات الهاتف الجوال حيث أن :

73 % من القياسات لم تتجاوز 1 فولت/المتر.

88 % من القياسات لم تتجاوز 2 فولت/المتر.

أعلى مستوى للحقول تم قيسه هو 8.2 فولت/المتر والذي لا يتجاوز 30 % من الحدود القصوى.

مع الإشارة أن هذه القياسات هي عبارة عن مجموع الحقول الصادرة عن مختلف مصادر الترددات الراديوية التي يتم ضبطها بآلات القيس المعتمدة (ترددات المحطات القاعدية للهاتف الجوال، ترددات البث الراديوي والتلفزي، الخ).

وهذه الحدود القصوى :

28 فولت/المتر بالنسبة للترددات الراديوية FM.

41 فولت/ المتر بالنسبة لترددات الهاتف الجوال GSM 900 MHz.

58 فولت/المتر بالنسبة لترددات الهاتف الجوال DCS 1800 MHz.

61 فولت/المتر بالنسبة لترددات الهاتف الجوال من الجيل الثالث UMTS 2100 MHz.

وفي هذا السياق تذكر الوكالة بأن تركيز هوائيات الهاتف الجوال في تونس يستند إلى المنشور المشترك لوزراء الداخلية وتكنولوجيات الاتصال والصحة المؤرخ في 23 أكتوبر 2008

والذي يحدد دور مختلف المتدخلين في المجال ومذكرة السيد وزير تكنولوجيات الاتصال إلى المشغلين التي تحدد:الحدود القصوى للتعرض للحقول الكهرومغناطيسية الصادرة عن الهوائيات: التي هي نفس الحدود المنصوح بها من طرف منظمة الصحة العالمية، في انتظار إصدار نص قانوني وطني يحدد هذه المستويات ومختلف إجراءات الوقاية من التعرض لمختلف

الحقول الكهرومغناطيسية للترددات من 0 إلى 300 جيقاهرتز بالنسبة للعموم والعمال والذي هو الآن في مرحلته النهائية.

تحديد مسافات السلامة المباشرة حول الهوائيات.

اعتماد مبدأ الاحتياط عند تركيز هوائيات محطات الهاتف الجوال وذلك بتجنب توجيه الإشعاع الرئيسي للهوائيات في اتجاه المؤسسات التربوية والمشابهة ورياض ومحاضن ونوادي الأطفال والمؤسسات الاستشفائية على مسافة 100 متر.

ويستند هذا الإجراء الاحتياطي إلى المبررات التالية:

تواجد وتجمع أعداد هامة من الأطفال والمرضى بالمساحات المفتوحة لمدة طويلة بهذه المؤسسات.

عدم اكتمال النمو بالنسبة للأطفال.

تعرض الأطفال لفترات أطول بكثير من الكهول لهذه الحقول طوال حياتهم مع تنامي مصادر الحقول الكهرومغناطيسية.

وبناء على المعطيات العلمية المتوفرة حاليا والتقارير الدولية في هذا المجال، تؤكد الوكالة الوطنية للرقابة الصحية والبيئية للمنتجات على:

ضرورة احترام الحدود القصوى للتعرض للحقول الكهرومغناطيسية المعتمدة دوليا والمنصوح بها من طرف منظمة الصحة العالمية في كل المواقع وفي كل وقت (والتي تعتمد حاليا في تونس).

التأكيد على ضرورة التقليص من مستويات البث لهذه الحقول كلما كان ذلك ممكنا مع مراعاة جودة الخدمات المسدات وبتكاليف اقتصادية مقبولة.

ضرورة التقيد باحترام الإجراءات الاحتياطية المتخذة على المستوى الوطني وذلك عملا بمبدأ الاحتياط.كما تؤكد على ما يلي:

لا يتوفر حاليا دليل علمي على أن تعرض العموم للمستويات الحالية للحقول الصادرة عن المحطات القاعدية للهاتف الجوال له تأثيرات صحية على المدى القريب والمتوسط.

لا تتوفر حاليا نتائج علمية نهائية ومؤكدة حول التأثيرات الصحية للتعرض لهذه المستويات الضعيفة من الحقول الكهرومغناطيسية على المستوى البعيد.هذا وتبقى الوكالة الوطنية للرقابة الصحية والبيئية للمنتجات واللجنة الفنية لدراسة مؤثرات الإشعاعات غير المؤينة على الصحة في إطار مشمولاتها، تتابع بكل يقظة نتائج مختلف التقارير والدراسات العلمية على المستوى الدولي، كما تشارك بانتظام منذ سنة 2010 في الأشغال السنوية للجنة الدولية الاستشارية لمشروع الحقول الكهرومغناطيسية لمنظمة الصحة العالمية. كما تقوم بضبط برنامج إعلامي وتحسيسي لفائدة المهنيين والمواطن حول الهاتف الجوال والصحة

والتواصل الفعال معهم بالتنسيق مع الهياكل الوطنية المعنية لتقريب المعلومة العلمية الصادقة والصحيحة. ويجدر التذكير أن الوكالة قد قامت بإعداد مشروع أمر يتعلق بالحماية من الحقول الكهرومغناطيسية إلى حدود 300 جيقاهرتز في إطار اللجنة الفنية المذكورة وإرساله إلى سلطة الإشراف لاتخاذ الإجراءات الترتيبية اللازمة لنشره.

كما تجدد الوكالة الوطنية للرقابة الصحية والبيئية للمنتجات تأكيدها على ضرورة اعتماد مبدأ الاحتياط والتقليص من تعرض العموم للحقول الكهرومغناطيسية عبر التخفيض من استعمال الهواتف الجوالة وخصوصا بالنسبة للأطفال مع استعمال السماعات (kit mains libres) أو التواصل عبر الإرساليات القصيرة (SMS). وستقوم الوكالة لاحقا بإصدار مطويات تحسيسية في هذا المجال بالتعاون مع مختلف الأطراف المتدخلة. ومن هذه التوصيات نذكر:

كيف تختار هاتفك الجوال

احرص عند اقتناء هاتفك الجوال على اختيار الهاتف الذي له أدنى مستوى لمعدل الامتصاص النوعي(débit d'absorption spécifique) بغض النظر عن الخصوصيات الفنية والتقنية والجمالية للهاتف الجوال التي تريد اقتنائه، مع العلم أن معدل الامتصاص النوعي الأقصى المسموح به هو 2 واط/الكلغ والذي تجده في الوثيقة الفنية المصاحبة للهاتف. قم باقتناء التجهيزات الموجودة بمواقع العرض المراقبة وتفادى تجهيزات السوق الموازية (التي لا تخضع لعمليات المصادقة والمراقبة الفنية عند التوريد).

كيف تستعمل هاتفك الجوال برشد

عدم استخدام الهاتف الجوال أثناء السياقة حتى باستعمال السماعات: المهاتفة أثناء السياقة تتسب في الحوادث الخطيرة نظرا لتقلص قدرة السائق على التركيز.تجنب المهاتفة أثناء امتطاء وسائل النقل: أثناء امتطاء السيارة أو القطار أو الحافلة يدخل الهاتف الجوال في اتصال مع عدة محطات قاعدية لتوفير التغطية اللازمة لإجراء الاتصال وبالتالي فإنه مجبر في كل مرة على البحث عن المحطة القادرة على استيعاب تواصله، في هذه الفترات ترتفع قوة إشعاعاته إلى المستوى الأقصى.استعمل الهاتف الجوال

باعتدال وتفادى المكالمات الطويلة جدا وغير الضرورية لأنها تساهم في الترفيع في فترة التعرض للحقول الراديوية الصادرة عن الهاتف الجوال، مع العلم أن التجهيزات التي تسوّق وتدّعي التقليص من نسب التعرض لهذه الحقول لم يتأكد بعد مدى نجاعتها. يحبذ التواصل عبر الإرساليات القصيرةعوضا عن المهاتفة المتكررة يوميا وترك هذه الأخيرة للضرورة.

استعمل السماعات (أي دون استعمال اليدين) للتقليص من تعرض الرأس للترددات الراديوية الصادرة عن الهاتف الجوال.

احرص على إبعاد هاتفك الجوال عن المواقع الحساسة من جسمك: هذه المواقع الحساسة يمكن أن تكون الأعضاء التناسلية بالنسبة للمراهقين والأطفال أو البطن بالنسبة للنساء الحوامل. تفادي قدر الإمكان المهاتفة في المناطق التي تكون فيها جودة الاستقبال ضعيفة: يرجى التثبت من مستوى استقبال جيد ليحافظ الهاتف الجوال على جودة إرسال طيبة ومستوى إشعاعي مستمر، حيث يقوم الهاتف آليا بزيادة قوة إرساله في المناطق التي تكون درجة التغطية الراديوية فيها ضعيفة (مثل المصعد، الطوابق تحت الأرضية، الخ).

المراوحة عند الاستعمال بين الأذنين الاثنين بالنسبة للمستعملين للهاتف الجوال لفترات طويلة ولمرات متعددة.

بالنسبة لحاملي التجهيزات الطبية الالكترونية الداخلية

(مثل آلات تعديل دقات القلب)

☚ يرجى التقليص من استعمال الهاتف الجوال مع ضرورة المحافظة على مسافة دنيا بين الهاتف وموقع الآلة لا تقل عن 15 سنتمترا.

ويحبذ بالنسبة لحاملي آلات تعديل دقات القلب استعمال الأذن اليمنى عند المهاتفة وعدم وضع الهاتف الجوال في جيب القميص أو في الجيب الداخلي للمعطف.

الهاتف الجوال والطفل (alerte)

على الأولياء:تشجيع الأطفال والمراهقين على الاستعمال المعتدل للهاتف الجوال وتفادي الاستعمال المشط والذي لا دافع ولا نفع منه.تحسيسهم حول الإجراءات اللازمة للتقليص من نسب تعرضهم للترددات الصادرة عن هذه التجهيزات.

يحبذ عدم استعمال الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 12 سنة للهاتف الجوال إلا في الحالات القصوى.

الفصل السادس
التغيير التنظيمي وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية

أولا- التغيير التنظيمي وإدارة التغيير:

التغيير ظاهرة اقتصادية اجتماعية سياسية مركبة تتعدى أهميتها وتتجاوز حدود ما يحققه في الحاضر وتمتد إلى المستقبل. من المنطق أن التغيير يمس كلّ من العمل الذي تقوم به المنظمات وكيفية القيام به على حد سواء. وفي ظل التحولات والتغيرات التي تعرفها بيئة الأعمال فإن أساليب إدارة تنظيمية جديدة تفرض نفسها لتجنب الجمود التنظيمي وهو أحد أبرز العوائق التي تواجه التغيير.

ماهية التغيير والتغيير التنظيمي:

لعل من أكثر الأمور صعوبة وتعقيداً تلك التي تواجهها المنظمات هي تلك المتعلقة بالتجديد والتغيير؛ فالمنظمات تواجه تغيرات مستمرة في البيئة أو القطاع الذي تعمل فيه، بعض هذه التغيرات تكون بمثابة رد فعل أواستجابة للتهديدات البيئية الخارجية وبعضها يكون استجابة لاستثمار الفرص البيئية

تعريف التغيير والتغيير التنظيمي:

لا يوجد حتى الآن تعريف جامع وشامل محدد للتغيير التنظيمي. لذلك، سيتم استعراض عدد من المفاهيم بهدف الوصول إلى ملامح عامة للتغيير التنظيمي:

هوعملية لازمة وضرورية للمنظمات طالما أنها تعمل في بيئة تتصف طبيعتها بالتغيير المستمر والسريع في القوى المؤثرة فيها،والتي يصعب التنبؤ بها والتحكم فيها لذلك فإن الطريق الصحيح للارتقاء بمستوى الأداء في المنظمات هو التغيير والابتكار للتكيف مع البيئة المحيطة.

هوعملية طبيعية تقوم على عمليات إدارية معتمدة، ينتج عنها إدخال تطوير بدرجة ما على عنصر أوأكثر، يمكن رؤيته كسلسلة من المراحل التي من خلالها يتم الانتقال من الوضع الحالي إلى الوضع الجديد(1).

هو إدخال تعديلات مدروسة بعد التعرف على البيئة الخارجية للتعرف على التغييرات التي طرأت على تلك البيئة، كذلك دراسة البيئة الداخلية للمنظمة للتعرف على المشاكل التي تتطلب التدخل.ويمكن أن يكون التعديل في أي عنصر من عناصر المنظمة

سواء رسالة المنظمة، الإستراتيجية، الأهداف، الهيكل التنظيمي، التكنولوجيا، الأفراد أو أن يتم التعديل في جميع عناصر المنظمة ويكون في هذه الحالة تغييرا شاملا(2). هو عبارة عن تغيير موجه ومقصود وهادف يسعى لتحقيق التكيف البيئي (الداخلي والخارجي) بما يضمن الانتقال إلى حالة تنظيمية أكثر قدرة على حل المشكلات.

هو مجهود طويل المدى لتحسين قدرة المنظمة على حل المشاكل، وتجديد عملياتها على أن يتم ذلك من خلال إحداث تطوير شامل في المناخ السائد في المنظمة، مع التركيز خاصة على زيادة فعالية جماعات العمل فيها(3).

يمكن استخلاص على ضوء التعاريف السابقة أن:

لب عملية التغيير التنظيمي مرتبط بسلوك الفرد وسلوك جماعة العمل (البيئة الداخلية والخارجية). ويكون الهدف من تنفيذ التغيير هو حل مشاكلها باستمرار وفقاً للمتغيرات البيئية الاقتصادية منها أو الفنية أو التقنية.

أهمية التغيير:

إن تصاعد معدل التغير أدى إلى وجود حاجه متزايدة لإعادة التنظيموعلى المنظمات أن تكون مجهزة للتأقلم الفوري مع الظروف المتغيرة بشكل مستمر.التغيير شديد الأهمية، فهو ظاهرة اقتصادية اجتماعية سياسية تتعدى أهميتها وتتجاوز حدود ما يحققه في الحاضر وتمتد إلى المستقبل ويمكننا الإحاطة ببعض جوانب هذه الأهمية (4):

الحفاظ على الحيوية الفاعلة: يعمل التغيير على تجديد الحيوية داخل المؤسسات والمنظمات والدول.

تنمية القدرة على الابتكار: يعمل التغيير على تنمية القدرة على الابتكار في الأساليب، وفي الشكل وفي المضمون.

إزكاء الرغبة في التطوير والتحسين والارتقاء: يعمل التغيير على تفجـير المطالب وإزكاء الرغبات وتنمية الدافـع والحافز نحو الارتقاء والتقدم.

التوافق مع متغيرات الحياة: حيث يعمل التغيير على زيادة القدرة على التكيف والتوافق مع متغيرات الحياة.

الوصول إلى درجة أعلى من القوة في الأداء والممارسة.

أنواع التغيير:

يمكن تصنيف التغيير الذي تتبناه المنظمات الصحية بثلاثة أنواع كما يلي(5):

تغيير فني: وهو تغيير ينصب على الوسائل وليس الغايات ويختلف هذا التغيير في تكلفته وأثره على المنظمة فعلى سبيل المثال فان قرار تغيير جهاز تصوير شعاعي بأخر ذو قدرة إنتاجية اعلي تضمن كلفة قليلة للمنظمة واثر قليلا أيضا بينما نجد إن قرار إنشاء وحدة لجراحة القلب أو لغسيل الكلي في المستشفى يتضمن كلفة عالية للمنظمة إضافة إلى تأثيره على الكثير من الأنشطة كنشاط التمريض والمختبر والأشعة

والهندسة والصيانة وغيرها وبالرغم من اختلاف القرارين في الكلفة والأثر فكلاهما يمثل تغييرا في الأهداف الأساسية للمنظمة.تغيير تعديلي: وهو تغيير في الغايات وليس الوسائل؛ حيث ينصب على أهداف المنظمة دون تغيير في الوسائل الجوهرية.فقرار المستشفى مثلا بإنشاء برنامج للرعاية الصحية الممتدة للمنازل لكبار السن وأصحاب الأمراض المزمنة آو قرار المستشفى بان تصبح مركزا للتعليم الطبي والصحي هما مثالين للتغيير التعديلي

حيث إن التكنولوجيا اللازمة لتنفيذ هذين القرارين (الوسائل) موجودة أصلا لدى المنظمة وكل ما تم تغييره هوإعادة النظر في أهداف المنظمة وتركيزها وعلى ذلك فالقرار هنا استعمال التكنولوجيا الموجودة في المنظمة لتقديم خدمة لم تكن موجودة التغيير التكيفي: ويتضمن تغيرا في كلا من الوسائل والغايات معا . وهذا النوع لا يحدث في المنظمة الصحية بشكل متكرر وعندما يحدث فانه يتضمن تعديل جوهري في توجه المنظمة (الغايات والأهداف) وبذلك ينطوي على تغيرات في الوسائل التي من خلالها تحقق المنظمة أهدافها المعدلة. والمثال التقليدي لهذا النوع من التغيير والذي تنادي به منظمة الصحة العالمية هو قرار المستشفى العام أو مستشفى المجتمع المحلي بتقديم خدمات صحية وقائية للمجتمع المحلي.فالمستشفيات عادة لا تقدم مثل هذه الخدمات ويقتصر اهتمامها على ما يعرف بطب الأزمات وعلى الأمراض والإعاقات التي يتم إحضارها إلى المستشفيات.

فمثل هذا القرار يتضمن تعديل جوهري في أهداف المنظمة وينطوي على تغيير في الوسائل حيث لابد من امتلاك الوسائل لتحقيق هذا الهدف مثل توظيف عناصر بشرية غير موجودة أصلا أو إعادة تحديد ادوار ومهام ومسؤوليات العاملين فيها.

خصائص عملية التغيير والعوامل المؤثرة:

تتأثر عملية التغيير بالعديد من العوامل والتي لا بد من الإشارة إلى أهمها:(6)

تتأثر عملية التغيير بالمثير للتغيير .ويحدث المثير للتغيير عندما يتم إدراك تناقض أو اختلاف بين ما تفعله المنظمة بالمقارنة مع ما يعتقده المشاركون في التنظيم(العاملين وأصحاب المصالح والمتعاملين مع المنظمة) عما يتوجب على المنظمة عمله وهذا التناقض يخلق فجوة في الأداء.تسلسل مراحل التغيير وترابطها المنطقي والمنظم .فمراحل التغيير متسلسلة بشكل منطقي ومنظم حيث لا يمكن البدء بمرحلة لاحقة إلا إذا تحققت المرحلة السابقة مما يجعل التنفيذ عرضة لاحتمالية عدم التقدم إلى مرحلة اللاحقة من العملية.الطبيعة التفاعلية لمراحل عملية التغيير

بمعنى أن كل مرحلة لاحقة مشروطة ومعتمدة على سابقتها. أي أن الاحتضان مثلا مشروط بالتنفيذ، والتنفيذ مشروط باتخاذ قرار حول ما يجب عمله وهذا بدوره مشروط بإدراك الحاجة للتغيير.

الطبيعة المعقدة والتفاعلية للعديد من العوامل المؤثرة على عملية التغيير والتي قد تسهل أو تعيق عملية التغيير. فالبناء التنظيمي السائد وهو من النوع العضوي (المرن) الذي يسمح بالتغيير ويسهله أم من النوع التقليدي الجامد الذي لا يتقبل التغيير ويعرقله ودرجة المركزية والرسمية في الاتصالات والتنسيق ومدى تواجد الموارد المطلوبة للتغير. إن جملة هذه العوامل تؤثر على إمكانية تحرك التغيير عبر المراحل المشار إليها.

إن عملية التغيير عملية متجددة ومستمرة. فالمنظمات الصحية تعمل ضمن بيئة متحركة (غير مستقرة) وهذا يجعل التغيير التنظيمي عملية مستمرة وتحتاج إلى تقويم مستمر ينتج عن وعي دائم لأي تناقض بين ما تعمله المنظمة وما يتوجب عليها عمله. وهكذا تبدأ عملية التغيير وتتجدد بشكل مستمر ضمن سياق بيئي متحرك ومتغير باستمرار.

محددات التغيير:

للتغيير محددات عدة نذكر منها الاتجاه والمدى والمساحة والعمق والزمن:

اتجاه التغيير: قد يكون التغيير بناءا أو هداما فالأول اتجاهه إيجابي ومنشود أما الثاني فاتجاهه سلبي وغير مرغوب.

مدى التغيير: قد يكون التغيير واسع المدى بحيث يتناول أكثر من متغير في وقت واحد وقد يكون محدودا يتناول متغير واحد فقط.

مساحة التغيير: قد يغطي التغيير مساحة واسعة من المتغيرات التي تؤثر في بعضها البعض وكلما كانت مساحة التغيير أكبر كلما كان التغيير أشمل وأوسع وأكبر تأثيرا.عمق التغيير: قد يكون التغيير سطحيا وبذلك لا يكون حقيقا وفعالا بل تغييرا في الشكل دون المضمون وقد يكون التغيير عميقا وبذلك يكون مفيدا وفعالا.الزمن:قد يكون التغيير سريعا تتقبله المجتمعات وقد يكون بطيئا،لا بد أن يكون الزمن لإحداث التغيير مناسبا لقدرات المجتمعات على استيعاب التغيير.

وتعمل محددات التغيير في منظومة متشابكة ومتفاعلة ومتناغمة فلا يمكن أن يكون التغيير بناءا وشاملا في مجتمع ما إذا كان محدود المدى والمساحة والعمق والزمن.لذا لكي يكون التغيير بناءا وشاملا لا بد أن يكون واسع المدى والمساحة عميق التأثير وفي زمن ملائم لحدوثه واستيعابه.(7)

إدارة التغيير

تعتبر إدارة التغيير من التوجهات الحديثة في الإدارة في معظم المنظمات نتيجة للتغيرات السريعة في بيئة المنظمة، وفي هذا المجال لا بد من التمييز بين التغيير كظاهرة وإدارة التغيير كمنهج له قواعد وأسس وأصول.

تعريف إدارة التغيير:

تشترك اليوم كل المنظمات في خاصية أساسية ألا وهي حاجتها (في ظلّ محيطاقتصادي وسياسي يتغير بشكل مستمر وحتمي) إلى الانخراط في مخطّط تغيّير مستمر، فالمنظمة التي لا تدرج التغيير ضمن إستراتيجية التنمية التي تعتمدها محكومعليها بالفشل،

ولهذا فإن استيعاب التغيير وإدارته من أبرزمحاور الإدارة الحديث.فعملية التغيير تشمل فضلاً عن الجوانب المادية والتنظيمية على جوانب إنسانية وسلوكية قد تكون أكثر أهمية من الجوانب الأخرى.

من هذا المنطلق ظهرت إدارة التغيير كأسلوب إداري حديث والتي تعرف على أنـها:

حركة تفاعل لا تحدث عشوائياً،ولكي تكون فاعلة لابد أن تتجه نحوهدف محدد وواضح وإعداد إستراتيجية مسبقة لعملية التغيير،ولا بد من مشاركة فعلية للعمال جنباً إلى جنب مع الإدارة في اتخاذ القرارات الخاصة بهذه العملية وإبداء رأيهم أواعتراضهم والاستماع إليهم باستمرار،وهذا بدوره يتطلب التهيئة الذهنية للموظفين والتدريب المستمر للموظفين.تعني الكيفية التي تتعامل بها المنظمات مع التغيير وتشمل (التغيير في القيادة، تركيبة المنظمة، المساهمين في العمل..)، أو هي المعنى الإيجابي للاستجابة نحو التغيرات الحاصلة والمؤثرة على نشاط المؤسسة وسلوك أفرادها، بمعنى عقلنة التغيير وتوجيهه نحو الأفضل بما تتطلبه الحكمة وعملية التطور والتنمية؛الجهاز الذي يحرك الإدارة والمؤسسة لمواجهة الأوضاع الجديدة

وإعادة ترتيب الأمور بحيث يمكن الاستفادة منعوامل التغيير الإيجابي، وتجنّب أو تقليل عوامل التغيير السلبي، أي أنها تعبّر عنكيفية استخدام أفضل الطرائق اقتصاداً وفعالية، لإحداث التغيير لخدمة الأهدافالمنشودة، فالتغيير لا يعني مجرد أخذ وضع معين يختلف عن وضع سابق بأي شكل بل يعني التغيير (التطور والخطوات المتسارعة والمدروسة والانفتاح الإيجابي والخطط البنّاءة للوصول إلى الهدف).(

8 خصائص إدارة التغيير

هناك مجموعة هامة من الخصائص تتصف بها إدارة التغيير، لذلك من المهم التعرف على هذه الخصائص من خلال معرفة جوانبها المتعددة:(9)

الإستهدافية: هذا يعني إن إدارة التغير لا تتحرك عشوائيا، إنما على أساس غاية مرجوة وأهداف محددة ومقبولة من قوى التغير؛الواقعية: بمعنى ارتباط إدارة التغير بالوقائع العملي للمشروع، أي أن يتم في إطار إمكانياته وموارده وظروفه التي يمر بها حتى يمكن تنفيذه بسهولة ويسر؛التوفيقية: تعني هذه الخاصية مدى التوافق بين عملية التغير وبين رغبات وحاجات

وتطلعات القوى المختلفة لعملية التغير؛الفعالية: يتعين إن نكون إدارة التغير فعالة، من خلال المرونة في التحرك والقدرة على التأثير في الآخرين وتوجيههم، أي رصد قوى التغيير والتعامل معها وبها لتحقيق أهداف التغيير.

المشاركة: تحتاج إدارة التغيير إلى تفاعل كافة الأطراف إيجابيا، من خلال المشاركة الواعية للقوى صاحبة المصلحة في التغيير مع قادة التغيير، وذلك لتفادي معارضة أومقاومة التغيير وضمان صيرورته وفق المعايير المحددة.

الشرعية: بمعنى مصداقية إدارة التغيير المدعمة بالشرعية القانونية والأخلاقية في أن واحد، أي تعديل القواعد والقوانين التي تتعارض مع التغيير وعدم تعارض إدارة التغيير مع الأخلاق والأعراف السائدة وغيرها.

الإصلاح: هذا يعني أن نجاح إدارة التغيير مرتبطا بإصلاح العيوب والإختلالات الموجودة، سواء على مستوى الأفراد أو الجماعات أو على مستوى المنظمة.الكفاءة: بصفة خاصة الكفاءة جانب مهم في إدارة التغيير، حيث يجب إن يخضع كل قرار وكل تصرف لاعتبارات التكلفة والعائد.

إن نجاح إدارة التغيير مرتبط إلى حد بعيد بتوفر الخصائص السابقة، كما هناك من يضيف خاصيتين عمليتين لهذه الخصائص، وهما:

القدرة على التطوير والابتكار: بمعنى العمل على إيجاد قدرات تطويرية أفضل مما هو قائم أو معروف أو مستخدم حاليا؛

القدرة على التكيف السريع مع الأحداث: تعني هذه الخاصية القدرة على التكيف واستيعاب ضغط الإحداث السريعة العاصفة التي تجتاح الكيان الإداري، أي أن تتوافق وتتكيف معها، تسيطر عليها وتتحكم في اتجاهها ومسارها، كذلك تقود وتصنع الأحداث بذاتها .

مبادئ إدارة التغيير:

تتمثل مبادئ إدارة التغيير والأداء فيما يلي:(10)

جعل نتائج الأداء الهدف الأساسي لإحداث التغيير في المهارة والسلوك ، فقليلون هم الذين يتغيرون من أجل التغيير ، ولكنهم سوف يتغيرون عندما يعتمد أداء مؤسستهم وإسهامهم الشخصي في النتائج على هذا التغيير ، لذلك يجب التأكد بأن كل فرد يعطي اهتماما مستمرا لنتائج الأداء المترتبة على جهوده لكي يتعلم المهارات والسلوكيات والعلاقات المرتبطة بالعمل.

العمل باستمرار على زيادة عدد الأفراد الذين يشاركون الإدارة المسؤولية في إحداث التغيير ،

إذ لا يستطيع الفرد أن يغير سلوك فرد آخر ، وبالتالي يجب أن يتحمل الأفراد بأنفسهم مسؤولية إحداث تغيير سلوكهم ، ومن خلال ذلك يمكن تشكيل مجموعة متماسكة تجعل من التغيير والأداء واقعا ملموسا ويتطلب ذلك الاهتمام المستمر بمن يهمهم التغيير أكثر ، وما هي المهارة والسلوك والعلاقات التي يجب أن يتعلموها.التأكد بأن كل فرد يعرف دائما مدى تأثير أدائه وتغييره على أداء ونتائج المؤسسة ككل، ومساعدته باستمرار على ربط جهوده بالصورة العامة للمؤسسة.وضع الأفراد في مواقف تساعدهم على التعلم عن طريق الفعل ، وتوفير الدعم والمعلومات في الوقت الذي يحتاجونه ، فتغيير السلوك والمهارة ليس عملا سلبيا ، فالأفراد يتعلمون من خلال الفعل والبحث والنجاح والفشل ، فيجب توفير مناخ والتزامات الأداء التي تعطي الأفراد فرصة لكي يعيشوا تجربة التغيير مع توفير المعلومات والتدريب والنصح والتدعيم.استخدام أداء الفريق لـدفع التغيير، فلايوجد ما هو أقوى وأحسن من فرق العمل للارتقاء بالأداء ومهارة التغيير؛

التركيز على ما يقوم به الأفراد وليس ما يملكونه من سلطة اتخاذ القرار، فعندما يعتمد أداء المؤسسة على السلوكيات والمهارات الجديدة، فإن الأفراد فقط هم القادرون على تحقيق ذلك عنطريق تغيير أسلوبهم في العمل.

ويبدأ التغيير الناجح بتغيير مواقف الأفراد والذي يؤدي إلى تغيير سلوكهم ، وعندما يتكرر هذا التغيير بواسطة العديد منهم سوف تكون النتيجة النهائية تغييرا ناجحا

مقاومـة التغييـر وسبل علاجها:

العامل البشري مهم جدا في دفع التغيير في المنظمات، كما له تأثير مهم أيضا في التصدي للتغيير، فالأفراد الذين يخافون من المجهول الذي يحمله لهم التغيير يقاومون التغيير رغبة في الاستقرار والأمن.

مقاومة التغيير:

أظهرت المشـاهدات والتجارب أن الأفراد في المؤسسة قد يقاومـون التغيير الذي تزمـع الإدارة إدخاله أو إحداثه، وقد تنصب مقـاومتهم على نوع التغيير أو حجمه أو كيفية تطبيقه أو توقيت إدخاله. وتعتبر مقاومة التغيير من المشاكل أو المعوقات الرئيسية التي تواجه عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة، حتى وإن أدى التغيير إلى التحسين. وتتكون هذه المقاومة من صعوبات حقيقية وأخرى مدركة أو تخيلية، حيث يقاوم الأفراد التغيير للعديد من الأسباب أهمّها:

الخوف، فأوّل شيء يفعله الأفراد عندما يسمعون بالتغيير، أنّهم يحوّلونه إلى اهتمام شخصي، ويتساءلون عن كيفية تأثير التغيير عليهم؛

أنّ التغيير، يعني أداء الأشياء بشكل مختلف وإيجاد معرفة جديدة ومعلومات إضافية يجب تعلّمها وتطبيقها، مما يجعل الأفراد يدركون فقد السيطرة على ما يؤذونه من عمل؛

القلق من عدم القدرة على أداء الأشياء الجديدة؛

أنّ التغيير قد يعني مزيدا من أعباء العمل؛

الإستياءات الماضية وعدم التفكير والتخطيط للمستقبل؛

عدم الثقة في إدارة الجودة الشاملة.

عدم الرّغبة في تحمّل المسؤولية والالتزام.(11)

عـلاج مقاومة التغـيير:

لا شكّ أنّ قدرة الإدارة على التغلّب مبكّرا على المقاومة يساعد على إزالة الكثير من الخوف والقلق المصاحب لعملية التغيير، إن ما تحتاج المؤسسة القيام به هو توقع المقاومة وتحديد العوامل التي تؤدي إلى هذه المقاومة وتحديد أنسب الطرق للتغلب عليها والتي نذكر منها:

إشراك الأفراد العاملين في التغيير؛

بناء منظومة اتصالات متطورة تمد العاملين بالمعلومات الحقيقية بشكل دائم؛

عدم تجاهل عادات وقيم العمل الحالية لدى العاملين؛

رفع الروح المعنوية وإشعال الحماس نحو التغيير؛

الاهتمام بالتنظيمات النقابية والتنظيمات غير الرسمية وكسب تأييدها وثقتها؛

اعتماد البرامج التدريبية؛

واستخدام أسلوب حل المشاكل والاهتمام بالابتكار والإبداع.

ثانيا: أبرز الإستراتيجيات المعتمدة في عمليات التغير التنظيمي:

أدت التطورات المتلاحقة والسريعة إلى ظهور استراتيجيات حديثة للتغيير أثبتت فعاليتها في زيادة كفاءة وإنتاجية المنظمات، من بين هذه الاستراتيجيات: إستراتيجية الجودة الشاملة، إستراتيجية إعادة الهندسة، وإستراتيجية تخفيض العمالة.

1 -إستراتيجية إدارة الجودة الشاملة:

هي فلسفة إدارية ومدخلا استراتيجيا ووسيلة لإدارة التغيير تهدف إلى نقل المنظمات المعاصرة من أنماط وتفكير وممارسات عدت صالحة لبيئة ومتطلبات ماضية، إلى أنماط تفكير وممارسات تتلاءم مع البيئة والمتطلبات المعاصرة والمستقبلية.

وتعتمد إدارة الجودة الشاملة على المبادئ على المبادئ الآتية:

التركيز على العمل؛

التحسين المستمر؛

التعاون الجماعي بدلا من المنافسة؛

الوقاية بدلا من التفتيش؛

المشاركة الكاملة؛

اتخاذ القرار بناءا على الحقائق(12)

2 . إستراتيجية إعادة البناء التنظيمي(الهندرة):

يعبر مفهوم إعادة البناء التنظيمي عن منهج راديكالي للتطوير والتحسين، يمكن من خلاله الربط بين تكنولوجيا المعلومات والعمليات المتعلقة بمجال أعمال معين، وبما يؤدي إلى إعادة تصميم جذري للعمليات، ويعرفها صاحب المفهوم مايكل هامر (Michel Hammer)

بأنها:" عملية التفكير بشكل جذري وإعادة تصميم العمليات في مجال أعمال معين بغرض إحداث تحسينات جذرية في المقاييس الحيوية والهامة للأداء مثل: التكلفة، الجودة، الخدمة والسرعة" .(الهندرة مشتق من كلمتي هندسة وإدارة)

ترتكز إستراتيجية إعادة البناء التنظيمي في إحداث التغيير على جملة من المرتكزات نوجزها في(13):

-التفكير بطريقة جديدة:

حيث يجب أن يتغير نسق التفكير ومنهجيته بالنسبة لقياديي المؤسسة ويرتكز هذا النسق التفكيري الجديدة على جملة من المبادئ:

- **التخلي على الافتراضات المسبقة؛**
- **طرح الطرق والأساليب القديمة في التفكير؛**
- **التخلي عن الأفكار الحالية؛**

• التطلع إلى ما يجب أن يكون؛

• ووضع الفضل في الاعتبار .

-إعادة تصميم العمليات:

المقصود بالعملية وفق هذا المنظور هي جملة الأنشطة التي تعالج مدخلا واحدا أو عددا من المدخلات للحصول على مخرجات محددة، نلاحظ أنها تركز على عنصر مهم يختلف عن المداخل الأخرى في التغيير، والتي تركز بشكل خاص على تغيير وظيفي وإعادة توزيع للموارد والمهام أو تغييرات في الهياكل أو تغييرات سلوكية تركز على برامج التدريب والتنمية الإدارية...

- الابتكار والتجديد:

ترتكز المداخل الأخرى على التحسين والتعديل الجزئي على مستوى الكيانات أو إضافة شيء أو حذف آخر، دون تغييرات كبيرة أما منهج إعادة الهندسة الإدارية فيتضمن ترك الوضع الحالي تماما، وإتباع أسلوب جديد مبتكر يتوقع منه أن يحدث طفرة واسعة وشاملة.

-اعتماد تكنولوجيا وتنظيما متقدمين:

يعتمد التغيير المعتمد على إستراتيجية إعادة البناء التنظيمي استخدام آلات جديدة، تطوير أساليب إنتاج جديدة، تقديم تشكيلة منتجات مبتكرة، وبالتالي تقديم خدمات متجددة للزبون .

- التركيز على تكنولوجيا المعلومات:

وذلك بالتركيز على تطوير أساليب الحفظ والاسترجاع أفضل لاتخاذ القرارات، اعتماد شبكات اتصال كثيفة، تحسين التفاعل بين الإنسان والآلة، تشكيل قاعدة بيانات، والإدارة الفعالة للمعلومة.

3 إستراتيجية تخفيض حجم العمالة:

تقوم هذه الإستراتيجية على حذف بعض المستويات الإدارية وتقليص عدد العمال غير الأكفاء لتخفيض تكاليف التشغيل من خلال تحقيق ميزة التكلفة الأقل. تستمد هذه الإستراتيجية أهميتها من كونها تسمح بـ:

1- قدرة المنظمة على الاستجابة لمتغيرات بيئتها أكثر؛

2-التركيز على برامج التنمية الإدارية لرفع مهارات العمال؛

3-تخفيض التكاليف وتحقيق ميزة التكلفة الأقل؛

4-وتقوية المركز المالي للمؤسسة. (14)

وفيما يلي نستعرض من خلال هذا الجدول مقارنة بين الاستراتيجيات الثلاث:

جدول: مقارنة بين استراتيجيات التغيير

	إستراتيجية إعادة الهندسة	إستراتيجية إدارة الجودة الشاملة	إستراتيجية تخفيض العمالة
الوصف	- تعبر عن الرغبة في التغيير السريع مقابل اتجاهات ايجابية لدى العاملين نحو هذا التغيير - تغيير سريع وضروري للعمليات الإستراتيجية والجوهرية وللنظم والسياسات	- تعبر عن الرغبة في التغيير البطيء مقابل اتجاهات إيجابية لدى الأفراد نحو هذا التغيير - تغيير بطيء ومستمر للعمليات	- تعبر عن الرغبة في التغيير السريع مقابل اتجاهات سلبية لدى الأفراد نحو هذا التغيير - التخلص من العمالة الزائدة وغير الفاعلة

الافتراض	للتغيير السريع نتائج إيجابية على المؤسسة	للتغيير البطيء نتائج إيجابية على المنظمة	يساعد التخلص من العمالة غير الفاعلة على الحماية من الفشل
نقط القوة	- المعالجة السريعة للمشاكل الجذرية للمنظمة يجنبها الفشل - توفير خدمة إستراتيجية جديدة للزبائن - دمج وظائف وعمليات في عملية ووظيفة واحدة	- توفير معالجة متأنية للعمليات التي تحتاج إلى التحسين - توفير خدمة متميزة للزبون - اهتمام وعناية زائدة بالأفراد ماديا ومعنويا	- الإبقاء على العمالة الجيدة بالمنظمة يجنبها الخسائر كرواتب للعاملين غير الفاعلين - تقليص الفجوة بين المستويات الإدارية مما يسهل عملية الاتصال

نقاط الضعف	- التغيير المفاجئ والسريع والجذري غير المدروس قد يعود على المنظمة بالفشل وبالتالي الشعور الإحباط لدى الجميع	- يحتاج التغيير البطيء إلى اهتمام عال من الإدارة العليا والأفراد وبشكل مستمر، وهذا ما قد لا يتوفر للمنظمة - بعض المشاكل بحاجة إلى حلول سريعة جدا	- آثار سلبية من الناحية الاجتماعية، الاقتصادية، والسياسية،... - انعكاسات سلبية على معنويات العاملين - شعور العاملين بعدم الأمن الوظيفي
النتيجة	النجاح في إستراتيجية إعادة الهندسة يوفر ميزة تنافسية للمنظمة.	النجاح في إستراتيجية الجودة الشاملة يوفر للمنظمة ميزة تنافسية ورضا الزبائن والأفراد.	النجاح في إستراتيجية تقليص حجم العمالة يوفر للمنظمة ميزة تنافسية من خلال الكفاءات البشرية.

المصدر: آمال عياري ورجم نصيب، الاستراتيجيات الحديثة للتغير كمدخل لتعزيز القدرات التنافسية للمؤسسات الجزائرية، الملتقى الدولي حول تنافسية المؤسسات الاقتصادية وتحولات المحيط، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر، 29-30 أكتوبر2002، ص21.

ثالثا:إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية كمدخل للتغيير:

تحتل الخدمات الصحية مكانة بارزة في اهتمامات الجميع نظرا لأهميتها في الحفاظ على سلامة الإنسان وزيادة قدرته على البناء والتنمية ، وهي في هذا المعنى تمثل أهم مايمكن أن يقدم للإنسان صانع الحياة والتطور، ولا يماثلها في ذلك إلا الغذاء والتعليم فهي وان كانت تعكس ضرورة إنسانية فإنها أيضا تمثل ضرورة اقتصادية لبناء مجتمع قادر على الأداء الأفضل في مجالات التنمية الاقتصادية والاجتماعية...

1-مفهوم جودة الخدمة الصحية:

يمثل مفهوم الجودة بشكل عام القدرة على الاستجابة لتوقعات الزبائن وذلك فيما يتعلق بخصائص السلعة أو الخدمة وهي كما عرضها Coyle بقوله ((إنها الإرضاء المتواصل لمتطلبات وتوقعات الزبائن)) إلا أن إعطاء تعريف محدد لجودة الخدمة الصحية

ليس سهلا لكونها خدمة غير ملموسة شأنها في ذلك شأن بقية الخدمات الأخرى ولعدم وجود معايير نمطية للحكم على جودة الخدمة كما هو الحال في السلع، لذا أصبح تحديد مفهوم جودة الخدمة الصحية يخضع لأراء مختلفة منها رأي الطبيب والمريض وإدارة المستشفى فلكل من هؤلاء رأيه الخاص بمفهوم جودة الخدمة الصحية وهي آراء لانعكس بالضرورة اتجاها متماثلا.فجودة الخدمة الصحية من المنظور المهني والطبي هي تقديم أفضل الخدمات وفق احدث التطورات العلمية والمهنية ويتحكم في ذلك أخلاقيات ممارسة المهنة.، إما من المنظور الإداري فيعني كيفية استخدام الموارد المتاحة والمتوفرة والقدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة إما من وجهة نظر المريض أو المستفيد من الخدمة الصحية وهو الأهم فتعني جودة الخدمة الصحية طريقة الحصول عليها ونتيجتها النهائية.ومن وجهات النظر الأخرى المتعددة حول مفهوم جودة الخدمة الصحية تحتل وجهة نظر المريض أو المستفيد من الخدمة أهمية بالغة حيث إن مستوى تلك الجودة يعتمد إلى حد كبير على إدراك المريض وتقييمه لها

وبالتالي ستكون الخدمة الصحية ذات جودة اعلي لو جاءت متلائمة مع توقعات المرضى ولبت احتياجاتهم وفي هذا المعنى عرفت جودة الخدمة الصحية بأنها ((تلك الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحية المقدمة إليه وما يمكن أن يفيض عنها قياسا بما هو متوقع)) (واستنادا لذلك حرصت المؤسسات الصحية على تلبية توقعات المرضى بشأن خدماتها وذلك من خلال التعرف على المعايير التي يستند إليها العملاء من المرضى في الحكم على جودة خدماتها . وقد قدم عدد من الباحثين (Zeithaml &Bither,Gronroos) و (Cronin &Tylor) مجموعة من المعايير التي تستخدم من قبل المستفيدين من الخدمة بصورة عامة والصحية بصورة خاصة للحكم على جودتها وهي:

الاعتمادية: وتشير إلى قدرة مالخدمة:مة على أدائها بشكل يمكن الاعتماد عليها وبدرجة عالية من الدقة؛

مدى إمكانية وتوفر الحصول على الخدمة:ويتحدد ذلك بمدى قدرة مقدم الخدمة على الإجابة على الأسئلة التالية:

هل الخدمة تتوفر في الوقت الذي يريده الزبون؟

هل الخدمة متوفرة في المكان الذي يرغبه الزبون؟

كم من الوقت يحتاج الزبون لانتظار الحصول على الخدمة؟

هل من السهولة الوصول إلى مكان تلقي الخدمة؟

الآمان: وتستخدم كمؤشر يعبر عن درجة الشعور بالأمان والثقة في الخدمة المقدمة؛

المصداقية: وهي درجة الثقة بمقدم الخدمة وبما يقوله؛

الاستجابة:قدم الخدمة لحاجات الزبون ومدى تفهمه لمشاعره وتعاطفه مع مشكلته؛

الاستجابة: وتعني قدرة ورغبة واستعداد مقدم الخدمة في أن يكون دائما في خدمة الزبائن.(16)

2- قياس جودة الخدمة الصحية:

تقاس جودة الخدمة الصحية بتوافر الأبعاد الخمسة التي توصل إليها؛ وهذه الأبعاد هي:(17)

1-الجوانب الملموسة، وتشمل المتغيرات الآتية:

جاذبية المباني والتسهيلات المادية؛

التصميم والتنظيم الداخلي للمباني؛

حداثة المعدات والأجهزة الطبية؛

ومظهر الأطباء والعاملين.

2-الاعتمادية، وتشمل المتغيرات الآتية:

الوفاء بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة؛

الدقة وعدم الخطأ في الفحص أوالتشخيص أو العلاج؛

توافر التخصصات المختلفة؛

الثقة في الأطباء والأخصائيين؛

الحرص على حل مشكلات المريض؛

والاحتفاظ بسجلات وملفات دقيقة.

3-الاستجابة، وتشمل المتغيرات الآتية:

السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة؛

الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال؛

الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض؛

الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوى؛

وإخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتهاء منها.

4-الأمان، ويشمل المتغيرات الآتية:

الشعور بالأمان في التعامل؛

المعرفة والمهارة المتخصصة للأطباء؛

الأدب وحسن الخلق لدى العاملين؛

استمرارية متابعة حالة المريض؛

سرية المعلومات الخاصة بالمريض؛

ودعم وتأييد الإدارة للعاملين لأداء وظائفهم بكفاءة.

5-التعاطف، ويشمل المتغيرات الآتية:

تفهم احتياجات المريض؛

وضع مصالح المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين؛

ملائمة ساعات العمل والوقت المخصص للخدمة المقدمة؛

العناية الشخصية بكل مريض؛

تقدير ظروف المريض والتعاطف معه؛

والروح المرحة والصداقة في التعامل مع المريض.

3-إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية:

يعتبر مفهوم إدارة الجودة الشاملة حديثا نسبيا في القطاعات الصحية ويستند إلى المبادئ التي وضعها خبراء الجودة أمثال ديمينغ وجوران وكروزبي، والتي بدأ تطبيقها في القطاع الصناعي في اليابان في أعقاب الحرب العالمية الثانية ثم امتدت تدريجيا إلى القطاعات الأخرى بما فيها القطاع الصحي.

وتعرف إدارة الجودة الشاملة بأنها عملية ترتكز على منع وقوع الأخطاء أو الاختلافات في مستوى وأسلوب تقديم الخدمة بالقضاء على مسببات هذه الأخطاء ولاختلافات مسبقا.وتعرف أيضا على أنها إطار تنظيمي تلتزم من خلاله المنظمات الصحية والعاملون فيها بمراقبة وتقويم جميع جوانب نشاط هذه المنظمات (المدخلات والعمليات والمخرجات) لتحسينها بشكل مستمر.(18)

لا يوجد إطار موحد لتطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة إلا أن هناك شبه إجماع بين الباحثين والمفكرين في هذا المجال على أن ذلك يتضمن توفير العناصر التالية(19)

مساندة ودعم الإدارة العليا: حيث مسؤولية الجودة بالدرجة الأولى تقع على عاتق الإدارة العليا وهم مسئولون عن توفير المصادر التي تهدف إلى تعليم وتدريب العاملين وتقديم التسهيلات لهم،وتمثل الإدارة القدوة والمثل الأعلى للالتزام بمبادئ وأهداف

التحسين، إذ لا بد أن يكون لها الإصرار على استمرار عملية التحسين، والقضاء على مقاومة العاملين للتغيير.الاهتمام بالمستفيدين:

وذلك بهدف إرضاء المستفيد من الخدمة الصحية على اعتبار أنه محور إدارة الجودة الشاملة وضرورة الاتصال معه في مراحل التخطيط والتنفيذ والتقويم.

مشاركة العاملين: وتعني ضرورة مشاركة كافة العاملين في جهود تحسين الجودة وإدارتها وتفويض اتخاذ القرارات والسلطات والمسؤوليات لهم، وتشجيع الثقة والإبداع والمجازفة لدى كافة الموظفين.

بناء فرق العمل: إن كافة جهود إدارة الجودة الشاملة لا يمكن تحقيقها إلا من جلال العمل الجماعي وتكوين فرق العمل المؤقتة والدائمة في التنظيم.

تدريب العاملين: إن حالات الإبداع والتميز في العمل تعتمد على القوى البشرية المؤهلة، ومن هنا فإن تدريب تلك القوى بصورة مستمرة لإكسابهم المهارات والمعارف اللازمة للارتقاء في الأداء أمر على جانب كبير من الأهمية.

احترام وتقدير العاملين: وتعني وجود اتصال واحترام متبادل بين العاملين بغض النظر عن مستواهم الوظيفي، وضرورة تقييم أداء العاملين بصورة موضوعية لترسيخ مبدأ مكافأة التمييز والإبداع

حيث يتطلب مفهوم إدارة الجودة الشاملة تغيير الثقافة السائدة في المؤسسة.

4-شروط نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية:

يجب توفير الشروط التالية لنجاح أي برنامج لجودة الرعاية الصحية:

ضرورة تحقيق إنجازات وتحسينات في النتائج الصحية؛

التحسينات الصحية عملية مستمرة، تحقق تطوير في الفعالية الصحية وكفاءة الرعاية الصحية؛

تؤثر تكنولوجيا المعلومات والاتصالات على أساليب منظومة جودة الرعاية الصحية؛

يجب التركيز على النتائج غير المقبولة في المنظومة الصحية حيث تمثل الأولوية الأولى في الرقابة على الجودة الصحية؛

ويجب أن يلعب التعليم الطبي المستمر وتكنولوجيا الإدارة الدور الأساسي في منظومة جودة الرعاية الصحية.(20)

الخاتمة

تحاول المنظمات باختلاف نشاطاتها وأعمالها وحرصا على تحقيق التنافسية والديمومة على إجراء التغييرات لمواجهة الضغوط الناجمة عن البيئة الخارجية أو تلك الناجمة عن البيئة الداخلية.لكن غالبا ما يلاقي هذا الطموح للتغيير مقاومة أو مخاوف ولهذا لابد أن يعالج هذا التخوف بإتباع إستراتيجية ملائمة للتغيير.

إن الجودة في مجال الرعاية الصحية تعني إرضاء المرضى وذويهم من خلال تلبيةمتطلبات العلاج وتأمين العناية المناسبة للمريض وحسن التعامل مع المريض وزواره .

ولابد لمقدِّمي الرعاية الصحية من مهنيِّي الرعاية الصحية أن يكونوا مثقَّفين جيداً ومدرَّبين جيداً على مواجهة التحدِّيات اليومية المتمثِّلة في تلبية احتياجات وتطلُّعات عملائهم. فالرعاية الصحية مجال معقَّد، وما لم تتوافر للعاملين الصحيين ثقافة تقنية جيدة، فإن فرصتهم تضعف في التمتُّع بثقة مراجعيهم. ومن ثمَّ، فلابد للجودة في الرعاية الصحية أن تكون مقترنة بقدرات ومؤهلات تقنية رفيعة المستوى.

ومن المهم أن ندرك أن الجودة في الرعايــة الصحيـة هي عمليـة وليست برنامجـاً. إذ ينبغي بدؤها، وتقديمها، وتقييمها، وتحسينها، ورصدها باستمرار، حتى بعد شفاء المريض من مرضه.

من الأمتع تقديم الرعاية في بيئة مقبولة من الناحية الجمالية. ولا ريب أن مرفق الرعاية الصحية الذي يُعنَى بتوفير أسباب الراحة للمتعاملين معه وإمتاعهم كما يُعنَى بعافيتهم، هومرفق جيد. وهذا البُعْد القيِّم، بُعْدُ الإمتاع، سواء تمثَّل في نظافة المرفق، أو زخرفته، أو خدمته، من شأنه، ولو بقليل من الاهتمام به، أن يعزِّز جودة الرعاية الصحية.

- مناقشة فرضيات البحث:

بالنسبة للفرضية الأولى: إن التغيير التنظيمي يتطلب إتباع المنظمات إحدى الاستراتيجيات الثلاث لمواكبة موجة التطورات؛حيث يمكن لمنظمات الأعمال أن تتبع إما إستراتيجية الجودة الشاملة، إستراتيجية إعادة الهندسة، أوإستراتيجية تخفيض العمالة.

بالنسبة للفرضية الثانية: تفرض التحديات الحديثة على المنظمات الصحية ترقية خدماتها باستخدام إدارة الجودة الشاملة؛حيث للوصول لتقية الخدمات الصحية، لا بد من الاهتمام برأس المال البشري بطرق شتى كالتدريب نشاط لإعداد وتنمية وتطوير قدرات ومهارات ومعارف الأفراد قصد تنمية قدرات رأس المال الفكري، وبذلك تسمح لأعضاء المنظمة لأن يكونوا في حالة من الاستعداد والتأهب بشكل دائم ومتقدم من أجل وظائفهم الحالية والمستقبلية، فالهدف من التدريب ليس فقط توفير الخبرات والمهارات للأفراد ولكن أيضا تنمية الرغبة لاستخدام قدراتهم بدرجة أفضل لتحقيق أهداف معينة؛

وبالنسبة للفرضية الثالث إن الجودة في مجال الرعاية الصحية تعني إرضاء المرضى من خلال تلبية متطلبات العلاج وتأمين العناية المناسبة للمريض. وقد تم تطوير عدة أبعاد أساسية للجودة في الرعاية الصحية وهي تحدد جودة الخدمة وفقاً لإدراك الزبائن.

- نتائج وتوصيات البحث:

من خلال هذه الورقة البحثية استخلصنا النتائج التالية:

مع بداية القرن الواحد والعشرين أصبح المسؤولين يدركون أن التغيير الدائم أصبح النمط المعتاد للحياة وخاصة في مجال الأعمال وبيئة العمل وأننا نعيش اليوم في عصر التغيير؛

إن إدارة التغيير تعتمد على التكامل، الشمول، والنظرة المستقبلية، وتتلخص مبادئ التوجيه القائم على التأقلم والتكيف مع البيئة الجديدة في مراعاة كل الظروف والأحوال الطارئة الجديدة التي تتعامل معها أهداف التغيير؛

إن التغيير ليس غاية في حد ذاته، وإنما ضرورة للانتقال بالمنظمة من وضعها الحالي إلى وضع مستقبلي أحسن مما هي عليه لغرض تحقيق وتعزيز ميزاتها التنافسية من خلال إستراتيجيات التغيير المناسبة؛

تعتبر إستراتجية إدارة الجودة الشاملة وإستراتيجية إعادة البناء التنظيمي (الهندرة) وإستراتيجية تخفيض العمالة إستراتيجيات حديثة معتمدة في عمليات التغيير التنظيمي؛

ينظر إلى إدارة الجودة الشاملة على أنها قاطرة عظيمة للتغيير إلى الأفضل؛

إن وجود إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية لم يعد مجرد نظرية إدارية جديدة وإنما أصبح ضرورة ملحة وذلك لضمان تحسين وتطوير الأداء بصورة مستمرة، وتقديم خدمات صحية متميزة؛

إن تطبيق إستراتيجية إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية ليس بالأمر الهين أوالسهل،حيث أن أسلوب العناية بالمريض وتقديم الخدمة الصحية للمواطنين عملية تتطلب إجراءات عديدة وتدخل فئات متعددة ومتباينة من حيث نوع التخصص والمؤهل والثقافة وغيرها، فضلا عن ذلك تطبيق هذه الإستراتيجية سيواجه العديد من الصعوبات والمعوقات التي من شأنها أن تعيقه وتقيده وتسهم في عدم نجاحه.

المراجع والهوامش:

يحي بروقات عبد الكريم، التغيير في منظمات الأعمال المعاصرة من خلال

القرشي، ع م . 2002م "جحيم المخدرات". المدوفر . الدمام . المملكة العربية السعودية.

آل سعود ، س أ س ع . 1988م "تعاطي المخدرات في بعض دول مجلس التعاون الخليجي". دار العلم . جدة. المملكة العربية السعودية.

البار ، م ع . 2002م "مشكلة المخدرات و المسكرات نظرة إلى الجذور و استشراف الحلول". دار البشير . جدة. المملكة العربية السعودية.

دراسة ميدانية للجنة الوطنية لمكافحة المخدرات . 2001م . "أنواع المخدرات التي يتعاطاها الشباب السعودي و أسباب التعاطي". الرياض . المملكة العربية السعودية.

العساف ، ع . 2005م " الجهود المبذولة للحد من مخاطر المخدرات" . اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات . الرياض . المملكة العربية السعودية.

الضحيان ، س ض . 2002م " دراسة عن تزايد نسبة الجرائم في النساء السعوديات". اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات . الرياض . المملكة العربية السعودية.

البار، م ع . 1993 م "التدخين و أثره على الصحة" .الدار السعودية للنشر والتوزيع، جدة، المملكة العربية السعودية.

المجلس التنفيذي لدول مجلس التعاون الخليجي .2000 م . تقرير عن أضرار التدخين . الرياض . المملكة العربية السعودية.

جمعية مكافحة التدخين .2003م . تقرير عن أضرار التدخين . الرياض . المملكة العربية السعودية.

مكي ، س م. 2003م "أنياب المخدرات" .المدوفر . الدمام . المملكة العربية السعودية.

البار ، م ع .2003م " الموقف الشرعي و الطبي من التداوي بالكحول و المخدرات" . الدار السعودية. جدة. المملكة العربية السعودية.

الحاضري ، ش.ع. 2000م "الخمر داء وليس دواء" من اصدرات هيئة الإعجاز العلمي في القرآن الكريم والسنة .رابطة العالم الإسلامي . مكة المكرمة. المملكة العربية السعودية.

القحطاني ، م ص .2004م " رجال في مصيدة المخدرات "دأر طويق . الرياض . المملكة العربية السعودية.

القحطاني ، م ص .2004م " نساء في مصيدة المخدرات " دأر طويق . الرياض . المملكة العربية السعودية.

وزارة الصحة . 2005م التقرير السنوي عن مرض نقص المناعة المكتسبة. الرياض . المملكة العربية السعودية.

حسنين ، ع ج .2006م . تقرير عن استخدام حبوب التخسيس و زيت الحشيش لترويج المخدرات بين الفتيات . الإدارة العامة لمكافحة المخدرات . جدة . المملكة العربية السعودية.

إدريس، عبد الرحمن، و الغيص، منى راشد؛ إدارة التسويق/ مدخل استراتيجي تطبيقي، الكويت، الفلاح للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 1996م.

البكري، ثامر ياسر؛ إدارة التسويق، بغداد، مطبعة جامعة بغداد، الطبعة الثانية، 1999م.

البكري، ثامر ياسر؛ التسويق والمسؤولية الاجتماعية، عمّان، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى، 2000م.

السيد علي، محمد أمين؛ أسس التسويق، عمّان، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2000م.

- المراسي، سونيا ، عبد المجيد اشرف (2010) : التثقيف الغذائي ،ط1 ، دار النشر ، عمان ، الاردن.

- صابريني، محمد ،خليل الخليلي ، القادري صالح (1989) : المعلومات الصحية و مصادرها لدى طلبة الصحافة و الإعلام بجامعة اليرموك . جامعة الكويت ، المجلة التربوية، م6، ع20، ص255-270.

-الطنطاوي ، رمضان، (1997)، دور مناهج العلوم بمراحل التعليم العام بمصر في تحقيق مفهوم التربية الوقائية للطلاب، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، العدد (3)، ص ص 181-224.

-العلي ، فخري شريف ، (2001)، مستوى الثقافة الصحية لدى الطلبة في نهاية المرحلة الأساسية العليا في المدارس الحكومية في جنين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.

-القدومي، عبدالناصر عبدالرحيم. (2005). مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى لاعبي الأندية العربية للكرة الطائرة.مجلة العلوم التربوية والنفسية، (كلية التربية) جامعة البحرين، المجلد (6) ، العدد (1)، 223-263.

- جاد، خالد (2007) عالج نفسك من ضغط الدم والكولسترول. دار الغد الجديد، القاهرة .

- حداد، شفيق (2000): الدليل الغذائي للصحة الجيدة، ط3، نوفل للنشر والتوزيع، بيروت، لبنان .

-حمام ، فريال ، (1996)، مستوى الثقافة الصحية لدى طالبات الصف الأول ثانوي وأثره في اتجاهاتهن الصحية في منطقة عمان الكبرى، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة اليرموك، اربد الأردن.

-عليوة ، علاء الدين، (1999) ، الصحة في المجال الرياضي، منشأة المعارف ، الإسكندرية، مصر.

- ظاهر، جعفر (2004) أسـس التغذية الصحية، عمان: دار مجدلاوي

- قنديل عبدالرحمن. (1990). التربية الغذائية وتطور الوعي الغذائي لدى أمهات المستقبل. المؤتمر السنوي الثالث للطفل المصري وتنشئته ورعايته، المجلد الثاني، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس ، مصر.

- وزارة الصحة (2008) التغذية والصحة، ط1، الإدارة العامة للتغذية، المملكة العربية السعودية.

- المراسي، سونيا ، عبد المجيد اشرف (2010) : التثقيف الغذائي ،ط1 ، دار النشر ، عمان ، الاردن.

- صابريني، محمد ،خليل الخليلي ، القادري صالح (1989) : المعلومات الصحية و مصادرها لدى طلبة الصحافة و الإعلام بجامعة اليرموك . جامعة الكويت ، المجلة التربوية، م6، ع20، ص255-270.

-الطنطاوي ، رمضان، (1997)، دور مناهج العلوم بمراحل التعليم العام بمصر في تحقيق مفهوم التربية الوقائية للطلاب، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، العدد (3)، ص ص 181-224.

-العلي ، فخري شريف ، (2001)، مستوى الثقافة الصحية لدى الطلبة في نهاية المرحلة الأساسية العليا في المدارس الحكومية في جنين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.

-القدومي، عبدالناصر عبدالرحيم. (2005). مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى لاعبي الأندية العربية للكرة الطائرة.مجلة العلوم التربوية والنفسية، (كلية التربية) جامعة البحرين، المجلد (6) ، العدد (1)، 223-263.

- جاد، خالد (2007) عالج نفسك من ضغط الدم والكولسترول. دار الغد الجديد، القاهرة .

- حداد، شفيق (2000): الدليل الغذائي للصحة الجيدة، ط3، نوفل للنشر والتوزيع، بيروت، لبنان .

-حمام ، فريال ، (1996)، مستوى الثقافة الصحية لدى طالبات الصف الأول ثانوي وأثره في اتجاهاتهن الصحية في منطقة عمان الكبرى، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة اليرموك، اربد الأردن.

-عليوة ، علاء الدين، (1999) ، الصحة في المجال الرياضي، منشأة المعارف ، الإسكندرية، مصر.

ظاهر، جعفر (2004) أســس التغذية الصحية،عمان: دار مجدلاوي .

قنديل عبدالرحمن. (1990). التربية الغذائية وتطور الوعي الغذائي لدى أمهات المستقبل. المؤتمر السنوي الثالث للطفل المصري وتنشئته ورعايته، المجلد الثاني، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس ، مصر.

وزارة الصحة (2008) التغذية والصحة، ط1، الإدارة العامة للتغذية، المملكة العربية السعودية.

ثانيا : المراجع الأجنبية

Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. World Psychiatry 2008;7:129-30.

Maj M. The WPA Action Plan is in progress. World Psychiatry 2009;8:65-6.

Stuart H. Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions. World Psychiatry 2008;7:185-8.

Angermeyer MC. Public image of psychiatry. Results of a representative poll in the new federal states of Germany. Psychiatrische Praxis 2000;27:327-9.

Gibson R. The psychiatric hospital and reduction of stigma. In: Fink PJ, Tasman A (eds). Stigma and mental illness. Washington: American Psychiatric Press, 1992:185-8.

Redlich FC. What the citizen knows about psychiatry. Ment. Hyg. 1950;34:64-79.

Weinstein RM. Attitudes toward psychiatric treatment among hospitalized patients: a review of quantitative research. Soc. Sci. Med. 1981;15:301-14.

Borinstein AB. Public attitudes toward persons with mental illness. Health Affairs 1992;11:186-96.

Arens DA. What do the neighbors think now? Community residences on Long Island in New York. Commun. Ment. Health J. 1993;29:235-45.

Dear M. Understanding and overcoming the NIMBY syndrome. Journal of the American Planning Association 1992;58:288-300.

Lauber C, Nordt C, Haker H. et al. Community psychiatry: results of a public opinion survey. Int. J. Soc. Psychiatry 2006;52:234-42.

Takahashi LM. Information and attitudes toward mental health care facilities: implications for addressing the NIMBY syndrome. Journal of Planning Education and Research 1997;17:119-30.

Kobau R, Dilorio C, Chapman D et al. Attitudes about mental illness and its treatment: validation of a generic scale for public health surveillance of mental illness associated stigma. Commun. Ment. Health J. 2010;46:164-76.

Flaskerud JH, Kviz FJ. Rural attitudes toward and knowledge of mental illness and treatment resources. Hosp Commun Psychiatry 1983;34:229-33.

Yang LH, Phelan JC, Link BG. Stigma and beliefs of efficacy towards traditional Chinese medicine and Western psychiatric treatment among Chinese-Americans. Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology 2008;14:10-8.

Hamre P, Dahl AA, Malt UF. Public attitudes to the quality of psychiatric treatment, psychiatric patients, and prevalence of mental disorders. Nordic Journal of Psychiatry 1994;48:275-81.

Schnittker J. Misgivings of medicine?: African Americans' skepticism of psychiatric medication. J Health Soc Behav 2003;44:506-24.

Thornicroft G, Rose D, Mehta N. Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do? Advances in Psychiatric Treatment 2010;16:53-9.

Britten N. Psychiatry, stigma, and resistance. Psychiatrists need to concentrate on understanding, not simply compliance. BMJ 1998;317:963-4.

Lauber C, Nordt C, Falcato L et al. Lay recommendations on how to treat mental disorders. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2001;36:553-6.

De Toledo Piza Peluso È, Luìs Blay S. Public beliefs about the treatment of schizophrenia and depression in Brazil. Int J Soc Psychiatry 2009;55:16-27.

Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Mental health literacy as a function of remoteness of residence: an Australian national study. BMC Public Health 2009;9:1-20.

Angermeyer MC, Breier P, Dietrich S et al. Public attitudes toward psychiatric treatment. An international comparison. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005;40:855-64.

Angermeyer MC, Matschinger H. Public attitude towards psychiatric treatment. Acta Psychiatr Scand 1996;94:326-36.

Angermeyer MC, Matschinger H, Riedel-Heller SG. Whom to ask for help in case of a mental disorder? Preferences of the lay public. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1999;34:202-10.

Noble LM, Douglas BC, Newman SP. What do patients expect of psychiatric services? A systematic and critical review of empirical studies. Soc Sci Med 2001;52:985-98.

Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H. Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: a trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. Eur Psychiatry 2009;24:225-32.

Dahlberg KM, Waern M, Runeson B. Mental health literacy and attitudes in a Swedish community sample – investigating the role of personal experience of mental health care. BMC Public Health, 2008;8:1-10.

Lasoski MC. Attitudes of the elderly toward mental health treatment strategies. Dissertation Abstracts International 1984;44:2248b.

Hugo CJ, Boshoff DEL, Traut A et al. Community attitudes toward and knowledge of mental illness in South Africa. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2003;38:715-9.

Ozmen E, Ogel K, Aker T et al. Public opinions and beliefs about the treatment of depression in urban Turkey. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005;40;869-76.

Lazaratou H, Anagnostopoulos DC, Alevizos EV et al. Parental attitudes and opinions on the use of psychotropic medication in mental disorders of childhood. Ann Gen Psychiatry 2007,6:1-7.

Zoellner LA, Feeny NC, Cochran B et al. Treatment choice for PTSD. Behav Res Ther 2003;41:879-86.

Stones CR. Attitudes toward psychology, psychiatry and mental illness in the Central Eastern Cape of South Africa. South Afr J Psychol 1996;26:221-5.

Wagner AW, Bystritsky A, Russo JE et al. Beliefs about psychotropic medication and psychotherapy among primary care patients with anxiety disorders. Depress Anxiety 2005;21:99-105.

Givens JL, Katz IR, Bellamy S et al. Stigma and the acceptability of depression treatments among African Americans and Whites. J Gen Intern Med 2007;22:1292-

7.Ineland L, Jacobssson L, Renberg ES et al. Attitudes towards mental disorders and psychiatric treatment – changes over time in a Swedish population. Nordic Journal of Psychiatry 2008;62:192-7.

Jorm AF. Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. Br J Psychiatry 2000;177:396-401.

Benkert O, Graf-Morgenstern M, Hillert A et al. Public opinion on psychotropic drugs: an analysis of the factors influencing acceptance or rejection. J Nerv Ment Dis 1997;185:151-8.

De Las Cuevas C, Sanz EJ. Attitudes toward psychiatric drug treatment: the experience of being treated. Eur J Clin Pharmacol 2007;63:1063-7.

Croghan TW, Tomlin M, Pescosolido BA et al. American attitudes toward and willingness to use psychiatric medications. J Nerv Ment Dis 2003;191:166-74.

Hegerl U, Althaus D, Stefanek J. Public attitudes towards treatment of depression: effects of an information campaign. Pharmacopsychiatry 2003;36:288-91.

Kessing LV, Hansen HV, Demyttenaere K et al. Depressive and bipolar disorders: patients' attitudes and beliefs towards depression and antidepressants. Psychol Med 2005;35:1205-13.

Angermeyer MC, Held T, Görtler D. Pro and contra: psychotherapy and psychopharmacotherapy attitude of the public. Psychother Psychosom Med Psychol 1993;43:286-92.

Pescosolido BA, Perry BL, Martin JK et al. Stigmatizing attitudes and beliefs about treatment and psychiatric medications for children with mental illness. Psychiatr Serv 2007;58:613-8.

Angermeyer MC, Matschinger H. Have there been any changes in the public's attitudes towards psychiatric treatment? Results from representative population surveys in Germany in the years 1990 and 2001. Acta Psychiatr Scand 2005;111:68-73.

Akighir A. Traditional and modern psychiatry: a survey of opinions and beliefs amongst people in plateau state, Nigeria. Int J Soc Psychiatry 1982;28:203-9.

Alem A, Jacobsson L, Hanlon C. Community-based mental health care in Africa: mental health workers' views. World Psychiatry 2008;7:54-7.

Balon R, Gregory R, Franchini MD et al. Medical students' attitudes and views of psychiatry: 15 years later. Acad Psychiatry 1999;23:30-6.

Caldera T, Kullgren G. Attitudes to psychiatry among Swedish and Nicaraguan medical students: a cross-cultural study. Nordic Journal of Psychiatry 1994;48:271-4.

Bulbena A, Pailhez G, Coll J et al. Changes in the attitudes towards psychiatry among Spanish medical students during training in psychiatry. Eur J Psychiatry 2005;19:79-87.

Creed F, Goldberg D. Students' attitudes towards psychiatry. Med Educ 2009;21:227-34.

Lau AY, Offord DR. A study of student attitudes toward a psychiatric clerkship. J Ass Am Med Coll 1976;51:919-28.

Maxmen JS. Student attitude changes during "psychiatric medicine" clerkships. Gen Hosp Psychiatry 1979;1:98-103.

McParland M, Noble LM, Livingston G et al. The effect of a psychiatric attachment on students' attitudes to and intention to pursue psychiatry as a career. Med Educ 2003;37:447-54.

McParland M, Noble LM, Livingston G. The effectiveness of problem-based learning compared to traditional teaching in undergraduate psychology. Med Educ 2004;38:859-67.

Balon R. Does a clerkship in psychiatry affect medical students' attitudes toward psychiatry? Acad Psychiatry 2008;32:73-5.

Brook P, Ingleby D, Wakeford R. Students' attitudes to psychiatry: a study of first- and final-year clinical students' attitudes in six medical

schools. J Psychiatr Educ 1986;10:151-69.

Shelley RK, Webb MG. Does clinical clerkship alter students' attitudes to a career choice of psychiatry? Med Educ 1986;20:330-4.

Augoustinos M, Schrader G, Chynoweth R et al. Medical students' attitudes towards psychiatry: a conceptual shift. Psychol Med 1985;15:671-8.

Burch EA, Smeltzer DJ, Chestnut EC. Tutorial teaching of psychiatry – effects on test-scores, attitudes, and career choices of medical students. J Psychiatr Educ 1984;8:127-35.

Chung MC, Prasher VP. Differences in attitudes among medical students towards psychiatry in one English university. Psychol Rep 1995;77:843-7.

Das MP, Chandrasena RD. Medical students' attitude towards psychiatry. Can J Psychiatry 1988;33:783-7.

Holm-Petersen C, Vinge S, Hansen J et al. The impact of contact with psychiatry on senior medical students' attitudes toward psychiatry. Acta Psychiatr Scand 2007;33:308-11.

Moos RH, Yalom ID. Medical students' attitudes toward psychiatry and psychiatrists. Ment Hyg 1966;50:246-56.

Oldham JM, Sacks MH, Nininger JE et al. Medical students' learning as primary therapists or as participant/observers in a psychiatric clerkship. Am J Psychiatry 1983;140:1615-8.

Singh SP, Baxter H, Standen P et al. Changing the attitudes of ‘tomorrow’s doctors’ towards mental illness and psychiatry: a comparison of two teaching methods. Med Educ 1998;32:115-20.

Sloan D, Browne S, Meagher D et al. Attitudes toward psychiatry among Irish final year medical students. Eur Psychiatry 1996; 11:407-11.

Wilkinson DG, Greer S, Toone BK. Medical students’ attitudes to psychiatry. Psychol Med 1983;13:185-92.

Wilkinson DG, Toone BK, Greer S. Medical students’ attitudes to psychiatry at the end of the clinical curriculum. Psychol Med 1983;13:655-8.

Reddy JP, Tan SM, Azmi MT et al. The effect of a clinical posting in psychiatry on the attitudes of medical students towards psychiatry and mental illness in a Malaysian medical school. Ann Acad Med Singapore 2005;34:505-10.

Baxter H, Singh SP, Standen P et al. The attitudes of ‘tomorrow’s doctors’ towards mental illness and psychiatry: changes during the final undergraduate year. Med Educ 2001;35:381-3.

Burra P, Kalin R, Leichner P et al. The ATP 30 – a scale for measuring medical students’ attitudes to psychiatry. Med Educ 1982;16:31-8.

Sivakumar K, Wilkinson G, Toone BK et al. Attitudes to psychiatry in doctors at the end of their first post-graduate year: two-year follow-up of a cohort of medical students. Psychol Med 1986;16:457-60.

Araya RI, Jadresic E, Wilkinson G. Medical students’ attitudes to psychiatry in Chile. Med Educ 1992;26:153-6.

Agbayewa MO, Leichner PP. Effects of a psychiatric rotation on psychiatric knowledge and attitudes towards psychiatry in rotating interns. Can J Psychiatry 1985;30:602-4.

Fischel T, Manna H, Krivoy A et al. Does a clerkship in psychiatry contribute to changing medical students' attitudes towards psychiatry? Acad Psychiatry 2008;32:147-50.

Galletly CA, Schrader GD, Chestemtan HM et al. Medical student attitudes to psychiatry: lack of effect of psychiatric hospital experience. Med Educ 1995;29:449-51.

Guttmann F, Rosca-Rebaudengo P, Davis H. Changes in attitudes of medical students towards psychiatry: an evaluation of a clerkship in psychiatry. Isr J Psychiatry Relat Sci 1996;33:158-66.

Kuhnigk O, Strebel B, Schilauske J et al. Attitudes of medical students towards psychiatry: effects of training, courses in psychiatry, psychiatric experience and gender. Adv Health Sci Educ Theory Pract 2007;12:87-101.

Muga F, Hagali M. What do final year medical students at the University of Papua New Guinea think of psychiatry. PNG Med J 2006;49:126-36.

Tharyan P, John T, Tharyan A et al. Attitudes of ‘tomorrow’s doctors’ towards psychiatry and mental illness. National Medical Journal of India 2001;14:355-9.

Bobo WV, Nevin R, Greene E et al. The effect of psychiatric third year rotation setting on academic performance, student attitudes, and specialty choice. Acad Psychiatry 2009;33:105-11.

Alexander DA, Eagles JM. Changes in attitudes towards psychiatry among medical students: correlation of attitude shift with academic performance. Med Educ 1990;24:452-60.

Maidment R, Livingston G, Katona C et al. Change in attitudes to psychiatry and intention to pursue psychiatry as a career in newly qualified doctors: a follow-up of two cohorts of medical students. Med Teach 2004;26:565-9.

Ndetei DM, Khasakhala L, Ongecha-Owuor F et al. Attitudes toward psychiatry: a survey of medical students at the University of Nairobi, Kenya. Acad Psychiatry 2008;32:154-9.

Niaz U, Hassan S, Hussain H et al. Attitudes towards psychiatry in pre-clinical and post-clinical clerkships in different medical colleges of Karachi. Pak J Med Sci 2003;19:253-63.

Niedermier JA, Bornstein R, Brandemihl A. The junior medical student psychiatry clerkship: curriculum, attitudes, and test performance. Acad Psychiatry 2006;30:136-43.

Rao NR, Meinzer AE, Manley M et al. International medical students' career choice, attitudes toward psychiatry, and emigration to the United States: examples from India and Zimbabwe. Acad Psychiatry 1998;22:117-26.

O’Flaherty AF. Students’ attitudes to psychiatry. Irish Med J 1977;70:162-3.

Soufi HE, Raoof AM. Attitude of medical students towards psychiatry. Med Educ 1991;26:38-41.

Abramowitz MZ, Bentov-Gofrit D. The attitudes of Israeli medical students toward residency in psychiatry. Acad Psychiatry 2005;29:92-5.

Berman I, Merson A, Berman SM et al. Psychiatrists’ attitudes toward psychiatry.Acad Med 1996;71:110-1.

Buchanan A, Bhugra D. Attitude of the medical profession to psychiatry. Acta Psychiatr Scand 1992;85:1-5.

Compton MT, Frank E, Elon L et al. Changes in U.S. medical students’ specialty interests over the course of medical school. J Gen Intern Med 2008;23:1095-100.

Eagle PF, Marcos LR. Factors in medical students’ choice of psychiatry. Am J Psychiatry 1980;137:423-7.

Furnham AF. Medical students' beliefs about nine different specialties. Br Med J (Clin Res Ed) 1986;293:1607-10.

Gat I, Abramowitz MZ, Bentov-Gofrit D et al. Changes in the attitudes of Israeli students at the Hebrew University Medical School toward residency in psychiatry: a cohort study. Isr J Psychiatry Relat Sci 2007;44:194-203.

Koh KB. Medical students' attitudes toward psychiatry in a Korean medical college. Yonsei Medical Journal 1990;31:60-4.

Laugharne R, Appiah-Poku J, Laugharne J et al. Attitudes toward psychiatry among final-year medical students in Kumasi, Ghana. Acad Psychiatry 2009;33:71-5.

Malhi GS, Parker GB, Parker K et al. Shrinking away from psychiatry? A survey of Australian medical students' interest in psychiatry. Aust N Zeal J Psychiatry 2002;36:416-23.

Monro AB. The status of psychiatry in the National Health Service. Am J Psychiatry 1969;125:1223-6.

Neff JA, McFall SL, Cleaveland TD. Psychiatry and medicine in the US: interpreting trends in medical specialty choice. Sociol Health Illn 1987;9:45-61.

Pailhez G, Bulbena A, Coll J et al. Attitudes and views on psychiatry: a comparison between Spanish and U.S. medical students. Acad

Rosoff SM, Leone MC. The public prestige of medical specialties: overviews and undercurrents. Soc Sci Med 1991;32:321-6.

Singer P, Dornbush RL, Brownstein EJ et al. Undergraduate psychiatric education and attitudes of medical students towards psychiatry. Compr Psychiatry 1986;27:14-20.

von Sydow K. Das Image von Psychologen, Psychotherapeuten und Psychiatern in der Öffentlichkeit. Psychotherapeut 2007;52:322-33.

Yager J, Lamotte K, Nielsen A III et al. Medical students' evaluation of psychiatry: a cross-country comparison. Am J Psychiatry 1982;139:1003-9.

Wigney T, Parker G. Factors encouraging medical students to a career in psychiatry: qualitative analysis. Aust N Zeal J Psychiatry 2008;42:520-5.

Lee EK, Kaltreider N, Crouch J. Pilot study of current factors influencing the choice of psychiatry as a specialty. Am J Psychiatry 1995;152:1066-9.

Creed F, Goldberg D. Doctors' interest in psychiatry as a career. Med Educ 1987;21:235-43.

Holmes D, Tmuuliel-Berhalter LM, Zayas LE et al. "Bashing" of medical specialities: student's experiences and recommendation. Fam Med 2008;40:400-6.

Ghadirian AM, Engelsmann F. Medical students' interest in and attitudes toward psychiatry. J Med Educ 1981;56:361-2.

Samuel-Lajeunesse B, Ichou P. French medical students' opinion of psychiatry. Am J Psychiatry 1985;142:1462-6.

Calvert SH, Sharpe M, Power M et al. Does undergraduate education have an effect on Edinburgh medical students' attitudes to psychiatry and psychiatric patients? J Nerv Ment Dis 1999;187:757-61.

Feifel D, Moutier CY, Swerdlow NR. Attitudes toward psychiatry as a prospective career among students entering medical school. Am J Psychiatry 1999;156:1397-402.

Malhi GS, Parker GB, Parker K et al. Attitudes toward psychiatry among students entering medical school. Acta Psychiatr Scand 2003;107:424-9.

Maidment R, Livingston G, Katona M et al. Carry on shrinking: Career intentions and attitudes to psychiatry of prospective medical students. Psychiatr Bull 2003;27:30-2.

Yellowlees P, Vizard T, Eden J. Australian medical students' attitudes towards specialties and specialists. Med J Australia 1990;152:587-8, 591-2.

Cutler JL, Harding KJ, Mozian SA et al. Discrediting the notion "working with 'crazies' will make you 'crazy'": addressing stigma and enhancing empathy in medical student education. Adv Health Sci Educ Theory Pract 2009;14:487-502.

Cutler JL, Alspector SL, Harding KJ et al. Medical students' perceptions of psychiatry as a career choice. Acad Psychiatry 2006;30:144-9.

Garfinkel PE, Dorian BJ. Psychiatry in the new millennium. Can J Psychiatry 2000;45:40-7.

Martin VL, Bennett DS, Pitale M. Medical students' interest in child psychiatry: a clerkship intervention. Acad Psychiatry 2007;31:225-7.

Syed EU, Siddiqi MN, Dogar I et al. Attitudes of Pakistani medical students towards psychiatry as a prospective career: a survey. Acad Psychiatry 2008;32:160-4.

Byrne P. Challenging healthcare discrimination. Advances in Psychiatric Treatment 2010;16:60-2.

Stoudemire A. Quo vadis, psychiatry? Problems and potential for the future of medical student education in psychiatry. Psychosomatics 2000;41:204-9.

Wigney T, Parker G. Medical student observations on a career in psychiatry. Aust N Zeal J Psychiatry 2007;41:726-31.

Arboleda-Flórez J. Considerations on the stigma of mental illness. Can J Psychiatry 2003;48:645-50.

Arboleda-Flórez J. Mental illness and human rights. Curr Opin Psychiatry 2008;21:479-84.

Strebel B, Obladen M, Lehmann E et al. Attitude of medical students to psychiatry. A study with the German translated, expanded version of the ATP-30. Nervenarzt 2000;71:205-12.

Akinyinka OO, Ohaeri JU, Asuzu MC. Beliefs and attitudes of clinical year students concerning medical specialties: an Ibadan medical school study. Afr J Med Sci 1992;21:89-99.

Al-Adawi S, Dorvlo AS, Bhaya C et al. Withering before the sowing? A survey of Oman's 'tomorrow's doctors' interest in Psychiatry. Educ Health (Abingdon) 2008;21:117.

Brockington I, Mumford D. Recruitment into psychiatry. Br J Psychiatry 2002;180:307-12.

Herran A, Carrera M, Andres A et al. Attitudes toward psychiatry among medical students – factors associated to selection of psychiatry as a career. Eur Neuropsychopharmacol 2006;16:563.

Maric´ NP, Stojiljkovic´ DJ, Milekic´ B et al. How medical students in their pre-clinical year perceive psychiatry as a career: the study from Belgrade. Psychiatr Danub 2009;21:206-12.

Lambert TW, Turner G, Fazel S et al. Reasons why some UK medical graduates who initially choose psychiatry do not pursue it as a long-term career. Psychol Med 2006;36:679-84.

West ND, Walsh MA. Psychiatry's image today: results of an attitudinal survey. Am J Psychiatry 1975;132:1318-9.

Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. Am J Psychiatry 2003;160:4-12.

van Os J. 'Salience syndrome' replaces 'schizophrenia' in DSM-V and ICD-11: psychiatry's evidence-based entry into the 21st century? Acta Psychiatr Scand 2009;120:363-72.

Summerfield D. Depression: epidemic or pseudo-epidemic? J Roy Soc Med 2006;99:161-2.

Alarcon RD. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. World Psychiatry 2009;8:131-9.

Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. World Psychiatry 2010;9:21-8.

Nielsen AC III, Eaton JS Jr. Medical students' attitudes about psychiatry. Implications for psychiatric recruitment. Arch Gen Psychiatry 1981;38:1144-54.

Angermeyer MC, Matschinger H, Sandmann J et al. Die Einstellung von Medizinstudenten zur Behandlung mit Psychopharmaka., Teil 1: Vergleich zwischen Medizinstudenten und Allgemeinbevölkerung. Psychiatr Prax 1994;21:58-63.

Hillert A, Sandmann J, Angermeyer MC et al. Attitude of medical students to treatment with psychotropic drugs. 2: Change in attitude in the course of medical education. Psychiatr Prax 1994;21:64-9.

Linden M, Becker S. Attitudes and beliefs of medical and psychology students with regard to treatment with psycholtropic drugs. Fortschr Neurol Psychiatr 1984;52:362-9.

Strebel B, Kuhnigk O, Jüptner M et al. Attitudes of medical students toward psychotherapy as a function of the academic semester, gender and prior experience with psychiatry and psychotherapy. Psychother Psychosom Med Psychol 2003;54:184.

Walter G, McDonald A, Rey JM et al. Medical student knowledge and attitudes regarding ECT prior to and after viewing ECT scenes from movies. J ECT 2002;18:43-6.

Clothier JL, Freeman T, Snow L. Medical student attitudes and knowledge about ECT. J ECT 2001;17:99-101.

Gazdag G, Kocsis-Ficzere N, Tolna J. Hungarian medical students' knowledge about and attitudes toward electroconvulsive therapy. J ECT 2005;21:96-9.

James BO, Omoaregba JO, Olotu OS. Nigerian medical students attitudes to unmodified electroconvulsive therapy. J ECT 2009;25:186-9.

Abbas M, Mashrai N, Mohanna M. Knowledge of and attitudes toward electroconvulsive therapy of medical students in the United Kingdom, Egypt, and Iraq: a transcultural perspective. J ECT 2007;23:260-4.

Gazdag G, Sebestyén G, Ungvari GS et al. Impact on psychiatric interns of watching live electroconvulsive treatment. Acad Psychiatry 2009;33:152-6.

Kinnair D, Dawson S, Perera R. Electroconvulsive therapy: medical

students' attitudes and knowledge. The Psychiatrist 2010;34:54-7.

Link B, Levav I, Cohen A. The primary medical care practitioner's attitudes toward psychiatry. An Israeli study. Soc Sci Med 1982;16:1413-20.

Meise U, Günther V. Einstellungen von Ärzten zur Psychiatrie. Neuropsychiatrie 1995;Bd.9:157-62.

Pro JD, Fortin D. Physicians and psychiatry: physicians' attitudes toward psychiatry. J Kans Med Soc 1973;74:367-8.

Blumberg P, Flaherty JA. Faculty perceptions of their own speciality. J Med Educ 1982;57:338-9.

Rettenbacher MA, Burns T, Kemmler G et al. Schizophrenia: attitudes of patients and professional carers towards the illness and antipsychotic medication. Pharmacopsychiatry 2004;37:103-9.

Spießl H, Riederer C, Fichtner KH. Attitudes towards psychiatry – Changing attitudes by working on psychiatric wards. Krankenhauspsychiatrie 2005;16: 13-7.

Toomey LC, Reznikoff M, Brady JP et al. Attitudes of nursing students toward psychiatric treatment and hospitals. Ment Hyg 1961;45:589-602.

Harding AV. Nurses‘ attitudes to psychiatric treatment. Australasian Nurses Journal 1980;9:28-30.

Clarke L. The effects of training and social orientation on attitudes towards psychiatric treatments. J Adv Nurs 1989;14:485-93.

Bergman S. Nursing attitudes to psychiatry and geriatrics as preferred work areas with deviant groups. Isr Ann Psychiatry Rel Disc 1974;12:156-60.

Reznikoff M. Attitudes of psychiatric nurses and aides toward psychiatric treatment and hospitals. Ment Hyg 1963;47:360-4.

Wood JH, Chambers M, White SJ. Nurses‘ knowledge of and attitude to electroconvulsive therapy. J ECT 2007;23:251-4.

Einat H, George A. Positive attitude change toward psychiatry in pharmacy students following an active learning psychopharmacology course. Acad Psychiatry 2008;32:515-7.

Patel MX, De Zoysa N, Baker D et al. Antipsychotic depot medication and attitudes of community psychiatric nurses. J Psychiatr Ment Health Nurs 2005;12:237-44.

Patel MX, Yeung FK, Haddad PM et al. Psychiatric nurses’ attitudes to antipsychotic depots in Hong Kong and comparison with London. J Psychiatr Ment Health Nurs 2008;15:758-66.

Mbatia J, Shah A, Jenkins R. Knowledge, attitudes and practice pertaining to depression among primary health care workers in Tanzania. Int J Ment Health Syst 2009;3:5.

Bentley KJ, Farmer RL, Phillips ME. Student knowledge of and attitudes toward psychotropic drugs. Journal of Social Work Education 1991l;27:279-89.

Berg WE, Wallace M. Effect of treatment setting on social workers' knowledge of psychotropic drugs. Health Soc Work 1987;12:144-52.

Moses T, Kirk SA. Social workers' attitudes about psychotropic drug treatment with youths. Soc Work 2006;51:211-22.

Gass JP. The knowledge and attitudes of mental health nurses to electro-convulsive therapy. J Adv Nurs 1998;27:83-90.

Bowers L, Alexander J, Simpson A et al. Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients. Nurse Educ Today 2004;24:435-42.

Waggoner RW, Waggoner RW Jr. Psychiatry's image, issues, and responsibility. Psychiatric Hospital 1983;14:34-8.

Ben-Noun L. Characterization of patients refusing professional psychiatric treatment in a primary care clinic. Isr J Psychiatry Relat Sci 1996;33:167-74.

Richardson LA. Seeking and obtaining mental health services: what do parents expect? Arch Psychiatr Nurs 2001;15:223-31.

Thorens G, Gex-Fabry M, Zullino DF et al. Attitudes toward psychopharmacology among hospitalized patients from diverse ethno-cultural backgrounds. BMC Psychiatry 2008;8:55.

Balch P, Ireland JF, McWilliams SA et al. Client evaluation of community mental health services: relation to demographic and treatment variables. Am J Commun Psychol 1977;5:243-7.

Leaf PJ, Bruce ML, Tischler GL et al. The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services. J Commun Psychol 1987;15:275-84.

Skuse DH. Attitudes to the psychiatric outpatient clinic. BMJ 1975;3:469-71.

Chakraborty K, Avasthi A, Kumar S et al. Attitudes and beliefs of patients of first episode depression towards antidepressants and their adherence to treatment. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2009;44:482-8.

Givens JL, Datto CJ, Ruckdeschel K et al. Older patients‘ aversion to antidepressants. A qualitative study. J Gen Intern Med 2006;21:146-51.

Kessing LV, Hansen HV, Bech P. Attitudes and beliefs among patients treated with mood stabilizers. Clin Pract Epidemol Ment Health 2006;2:8.

Williams RA, Hollis HM, Benott K. Attitudes toward psychiatric medications among incarcerated female adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998;37:1301-7.

McIntyre K, Farrell M, David A. In-patient psychiatric care: the patient‘s view. Br J Med Psychol 1989;62:249-55.

Stevens J, Wang W, Fan L et al. Parental attitudes toward children’s use of antidepressants and psychotherapy. J Child Adolesc Psychopharmacol 2009;19:289-96.

Blenkiron P. Referral to a psychiatric clinic: what do patients expect? Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv 1998;11:188-92.

Ingham J. The public image of psychiatry. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1985;20:107-8.

Baumann M, Bonnetain F, Briancon S et al. Quality of life and attitudes towards psychotropics and dependency: consumers vs. non-consumers aged 50 and over. J Clin Pharm Ther 2004;29:405-15.

Holzinger A, Löffler W, Matschinger H et al. Attitudes towards psychotropic drugs: schizophrenic patients vs. general public.

Psychopharmakotherapie 2001;8:76-80.

van Dongen CJ. Is the treatment worse than the cure? Attitudes toward medications among persons with severe mental illness. JPsychosoc Nurs Ment Health Serv 1997;35:21-5.

Wacker HR. Attitude of ambulatory psychiatric patients to psychopharmacologic treatment. Schweiz Arch Neurol Psychiatr 1991;142:77-88.

Irani F, Dankert M, Siegel SJ. Patient and family attitudes toward schizophrenia treatment. Curr Psychiatry Rep 2004;6:283-8.

La Roche C, Ernst K. The attitude of 200 hospitalized psychiatric patients and their doctors toward treatment. Arch Psychiatr Nervenkr 1975;220:107-16.

Adams NH, Hafner RJ. Attitudes of psychiatric patients and their relatives to involuntary treatment. Aust N Zeal J Psychiatry 1991;25:231-7.

Mezey AG, Syed IA. Psychiatric illness and attitudes to psychiatry among general hospital outpatients. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1975;10:133-8.

Gynther MD, Reznikoff M, Fishman M. Attitudes of psychiatric patients toward treatment, psychiatrists and mental hospitals. J Nerv Ment Dis 1963;136:68-71.

Yoash-Gantz RE, Gantz FE. Patient attitudes toward partial hospitalization and subsequent treatment outcome. Int J Partial Hosp 1987;4:145-55.

Isacson D, Bingefors K. Attitudes towards drugs – a survey in the general population. Pharm World Sci 2002;24:104-10.

Arshad M, Arham AZ, Arif M et al. Awareness and perceptions of electroconvulsive therapy among psychiatric patients: a crosssectional survey from teaching hospitals in Karachi, Pakistan. BMC Psychiatry 2007:7:27.

Salize HJ, Dressing H. Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link? Curr Opin Psychiatry 2005;18:576-84.

Hillard JR, Folger R. Patients' attitudes and attributions to electroconvulsive shock therapy. J Clin Psychol 1977;33:855-61.

Spencer J. Psychiatry and convulsant therapy. Med J Australia 1977;1:844-7.

Goodman JA, Krahn LE, Smith GE et al. Patient satisfaction with electroconvulsive therapy. Mayo Clin Proc 1999;74:967-71.

Pettinati HM, Tamburello TA, Ruetsch CR et al. Patient attitudes toward electroconvulsive therapy. Psychopharmacol Bull 1994;30:471-5.

Kerr RA, McGrath JJ, O'Kearney RT et al. ECT: misconceptions and attitudes. Aust N Zeal J Psychiatry 1982;16:43-9.

Lauber C, Rössler W. Involuntary admission and the attitude of the general population, and mental health professionals. Psychiatr Prax 2007;34:181-5.

Kaltiala-Heino R. Involuntary psychiatric treatment: a range of patients' attitudes. Nordic Journal of Psychiatry 1996;50:27-34.

Lauber C, Falcato L, Rössler W. Attitudes to compulsory admission in psychiatry. Lancet 2000;355:2080.

Kane JM, Quitkin F, Rifkin A et al. Attitudinal changes of involuntarily committed patients following treatment. Arch Gen Psychiatry 1983;40:374-7.

Lauber C, Nordt C, Falcato L et al. Public attitude to compulsory admission of mentally ill people. Acta Psychiatr Scand 2002;105:385-9.

Lucksted A, Coursey RD. Consumer perceptions of pressure and force in psychiatric treatments. Psychiatr Serv 1995;46:146-52.

Morgan SL. Determinants of family treatment choice and satisfaction in psychiatric emergencies. Am J Orthopsychiatry 1990;60:96-107.

Schwartz HI, Vingiano W, Perez CB. Autonomy and the right to refuse treatment: patients' attitudes after involuntary medication. Hosp Commun Psychiatry 1988;39:1049-54.

Virit O, Ayar D, Savas HA et al. Patients' and their relatives' attitudes toward electroconvulsive therapy in bipolar disorder. J ECT 2007;23:255-9.

Pugh RL, Ackerman BJ, McColgan EB et al. Attitudes of adolescents toward adolescent psychiatric treatment. Journal of Child and Family Studies 1994;3:351-63.

Sharf BF. Send in the clowns: the image of psychiatry during the Hinckley trial. Journal of Communication 1986;36:80-93.

Rottleb U, Steinberg H, Angermeyer MC. The image of psychiatry in the "Leipziger Volkszeitung" – historical longitudinal study. Psychiatr Prax 2007;34:269-75.

Maio G. Zum Bild der Psychiatrie im Film und dessen ethische Implikationen. In: Gaebel W, Möller H-J, Rössler W (eds). Stigma - Diskriminierung - Bewältigung, Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart: Kohlhammer, 2005:99-121.

Steger F. From the person to an isolated case: Frank Schmökel in the discourses of power and stigmatization. Psychiatr Prax 2003;30:389-94.